

# Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19: comment soutenir la santé mentale de la population canadienne

Octobre 2020



*Une note de breffage de la SRC*

# Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne

## Une note de breffage de la SRC

### Auteurs

Gordon J.G. Asmundson, MSRC	University of Regina
Cindy Blackstock, MSRC	Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada
Marie Claire Bourque	University of Calgary
Glenn Brimacombe	Société canadienne de psychologie
Allison Crawford	University of Toronto
S. Hélène Deacon	Dalhousie University
Ken McMullen	Ville de Red Deer
Patrick J. McGrath, MSRC (Président)	Dalhousie University
Christopher Mushquash	Lakehead University
Sherry H. Stewart, MSRC	Dalhousie University
Jennifer Stinson	University of Toronto
Steven Taylor	The University of British Columbia
Marsha Campbell-Yeo	Dalhousie University

### Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs

Tom Marrie, MSRC	Dalhousie University
------------------	----------------------

### Pairs examinateurs

Martin Antony	Ryerson University
Robert S. Bell	University of Toronto
Louise Bradley	Commission de la santé mentale du Canada
L'honorable Michael Kirby	Sénat du Canada ( <i>Retraité</i> )

### Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage :

McGrath, P.J., Asmundson, G.J.G., Blackstock, C., Bourque, M.C., Brimacombe, G., Crawford, A., Deacon, S.H., McMullen, K., Mushquash, C., Stewart, S.H., Stinson, J., Taylor, S., Campbell-Yeo, M. *Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne*. Société royale du Canada. 2020

### Illustrations

Les œuvres illustrant ce rapport sont tirées de *Le corps électrique*; inaugurée en 2014, l'exposition annuelle d'art numérique *Le corps électrique* (LCE) est une vitrine annuelle d'œuvres appartenant à un large éventail de médias visuels, dont la photographie, le dessin, la peinture, la sculpture et la vidéo, et ayant été créées par des artistes, des professionnels de la santé, des patients, des aidants et des étudiants, qui abordent par leur art des questions liées aux soins de santé. LCE considère l'art comme une intervention qui explore, perturbe, approfondit et réinvente la médecine. Organisée

par Allison Crawford et Lisa Richardson, l'exposition LCE est soutenue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et est présentée annuellement à l'occasion de la Conférence internationale sur la formation des résidents ainsi qu'en ligne, à l'adresse <https://thebodyelectric-lecorpselectrique.ca/>. Nous avons choisi ces œuvres parce qu'elles soulignent l'importance du rôle de plaidoyer que jouent le patient et le fournisseur de soins dans la conception en commun des soins de santé de qualité.

### **Image de couverture**

Jenny Chen, *Pillow Talk*

### **Reconnaissance territorial**

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

***Les opinions exprimées dans ce report sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.***

## Contexte concernant la préparation de cette note de breffage

Établi par le président de la Société royale du Canada en avril 2020, le Groupe de travail de la Société royale du Canada sur la COVID-19 s'est vu confier le mandat de dégager des perspectives éclairées par la recherche sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Le Groupe de travail a établi un ensemble de sous-groupes de travail chargés de préparer rapidement des notes de breffage destinées à éclairer par des données probantes les réflexions des décideurs politiques.

### À propos des auteurs

*Gordon J. G. Asmundson*, SOM, Ph. D., MSRC, professeur, Département de psychologie, University of Regina

*Cindy Blackstock*, Ph. D., directrice générale, Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, professeure, Faculté du service social, Université McGill

*Marie Claire Bourque*, M.D., M. Sc., FRCPC, professeure clinique adjointe, Département de psychiatrie, University of Calgary, psychiatre, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto

*Glenn Brimacombe*, M.A., directeur, Politiques et affaires publiques, Société canadienne de psychologie

*Allison Crawford*, M.D., Ph. D., directrice adjointe, santé mentale virtuelle et sensibilisation, Centre for Addiction and Mental Health; professeure agrégée, Département de psychiatrie, University of Toronto

*S. Hélène Deacon*, Ph. D., professeure Killam, Département de psychologie/neurosciences, Dalhousie University

*Ken McMullen*, B.S.A. en SU, CSIC, CFEI, chef/directeur des services d'urgence, Ville de Red Deer

*Patrick J. McGrath*, O.C., Ph. D., MSRC, MACSS, président du groupe de travail, professeur émérite, Département de psychiatrie, Dalhousie University; scientifique, IWK Health Centre

*Christopher Mushquash*, Ph. D., C.Psych. Titulaire d'une Chaire de recherche du Canada, professeur agrégé, Département de psychologie, Lakehead University; psychologue, Dilico Anishinabek Family Care

*Sherry H. Stewart*, Ph. D., titulaire d'une Chaire de recherche du Canada, professeure, Départements de psychiatrie et de psychologie/neurosciences, Dalhousie University

*Jennifer Stinson*, IA (catégorie spécialisée), Ph. D., FAAN, scientifique et infirmière praticienne, titulaire de la chaire Mary Jo Haddad en soins infirmiers; professeure Lawrence S. Bloomberg, Faculté des soins infirmiers, University of Toronto

*Steven Taylor*, Ph. D., professeur, Département de psychiatrie, The University of British Columbia

*Marsha Campbell-Yeo*, Ph. D., maîtrise en soins infirmiers néonataux, C.-B., IA, professeure et scientifique clinicienne, École des soins infirmiers, Faculté des sciences de la santé, Dalhousie University et IWK Health, Halifax, Nouvelle-Écosse

### Note des auteurs

Dans la présente note de breffage, l'expression « santé mentale » inclut dans son interprétation les domaines de la consommation de substances et de la dépendance.

## Table des matières

Sommaire exécutif .....	5
Introduction .....	8
Accès .....	11
Accès à des soins publics de santé mentale .....	11
Accès à des soins de santé mentale lié à l'emploi .....	13
Santé mentale des Autochtones .....	15
Soins de santé mentale virtuels – possibilités immédiates et promesses futures.....	18
Établissement d'un continuum de soins virtuels – intégration axée sur la personne de l'ensemble du système de santé.....	20
Prévention .....	21
Comportements nuisibles .....	22
Responsabilités parentales et école à la maison .....	23
Responsabilités parentales et conséquences involontaires des restrictions universelles de lutte contre la COVID-19 pour les populations vulnérables .....	28
Résumé .....	30
Références .....	31

## Sommaire exécutif

La pandémie de la COVID-19 a eu une incidence importante sur la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes. Les gens ont majoritairement trouvé éprouvant les mesures de distanciation sociale, l'isolement, l'anxiété générée par la crainte d'une infection, les incertitudes quant à leur situation financière et à leur avenir et la difficulté de concilier les exigences liées au travail et à la vie familiale. Pour certains, en particulier pour ceux qui étaient déjà confrontés à certains problèmes comme le racisme structurel, la pauvreté et la discrimination, ou encore ceux qui avaient des antécédents de santé mentale, la pandémie a eu des répercussions majeures.

La présente note de breffage porte sur la situation actuelle, notamment sur la façon dont la pandémie de la COVID-19 a exacerbé les failles importantes qui minaient depuis longtemps le système de santé mentale, et formule plusieurs recommandations précises qui ont pour but d'aider à résoudre ces problèmes et à améliorer le bien-être des Canadiens et des Canadiennes.

La pandémie de la COVID-19 a eu des effets néfastes sur la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes, mais son impact a été variable, touchant plus durement les personnes qui faisaient déjà face à des inégalités structurelles avant la pandémie. Les personnes en situation de pauvreté et les membres de certains groupes socialement stratifiés qui sont particulièrement défavorisés sur le plan économique et social, tels que certains groupes racialisés et les autochtones ainsi que les personnes ayant des antécédents de troubles de santé mentale, sont celles qui ont le plus souffert de la pandémie. Certains groupes de professionnels ont été exposés plus que d'autres au virus et au stress psychologique imposé par la pandémie. Le système de soins de santé mentale était déjà surchargé et en manque de ressources avant la situation actuelle. La pandémie a exacerbé ces problèmes. Le système de soins a répondu par une transition massive vers les soins virtuels. Le Canada a maintenant comme défi de renforcer sa base de connaissances sur la santé mentale, de tirer des leçons de la pandémie et de fournir à tous les Canadiens l'aide dont ils ont besoin pour participer et contribuer pleinement à la relance du Canada après la pandémie.

### Recommandations

**Recommandation 1 :** Le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait augmenter le financement des services de santé mentale à hauteur d'au moins 12 % du budget des services de santé pour répondre aux besoins qui existaient depuis longtemps et qui ont été exacerbés par la pandémie de la COVID-19.

**Recommandation 2 :** Le gouvernement fédéral, en concertation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait établir des normes nationales d'accès et de qualité en matière de services de santé mentale en adoptant une loi sur la parité de l'accès aux soins de santé mentale.

**Recommandation 3 :** L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) devrait se voir attribuer des ressources suffisantes pour travailler en collaboration avec les provinces et les territoires, et d'autres parties prenantes, en vue de préparer des séries de données à jour sur les dépenses en santé mentale faites par les secteurs public et privé. L'ICIS devrait également accélérer l'élaboration d'indicateurs de performance en santé mentale (couvrant les temps d'attente) pour l'évaluation du système de santé.

**Recommandation 4 :** Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient financer et élaborer un programme semblable au programme britannique *Improving Access to Psychological Therapies*. Ce programme s'appliquerait aux adultes, aux enfants et aux adolescents. Vu l'étendue du territoire à couvrir, un service virtuel devrait être envisagé.

**Recommandation 5 :** Le portail d'autogestion Espace mieux-être Canada (<https://ca.portal.gc.ca/>) devrait être évalué de manière rigoureuse par une entité indépendante et certaines options d'autogestion devraient être améliorées.

**Recommandation 6 :** Le gouvernement fédéral devrait accorder un soutien financier supplémentaire aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), au Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et au Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) pour faire en sorte que le financement de la recherche en santé mentale soit proportionnel au fardeau de la santé mentale porté et à son incidence sur certains milieux. Une attention particulière devrait être accordée à la recherche qui pourrait améliorer directement les soins et permettre de répondre aux besoins des milieux qui ne sont pas bien desservis.

**Recommandation 7 :** Le gouvernement fédéral devrait travailler en étroite collaboration avec les structures de gouvernance autochtones afin de trouver des exemples de réussite de communautés autochtones, de programmes propres aux Autochtones et d'organisations dirigées par des Autochtones dans le domaine de la santé mentale et dans les communautés autochtones. Il faudrait financer adéquatement ces services culturellement et contextuellement adaptés afin qu'ils puissent être offerts dans d'autres communautés.

**Recommandation 8 :** En consultation avec les communautés des Premières Nations, métisses et inuites, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient mettre en œuvre des solutions qui permettraient de pallier l'iniquité dans les services de tous ordres et la discrimination structurelle qui contribuent aux taux particulièrement élevés de troubles mentaux.

**Recommandation 9 :** Le gouvernement fédéral devrait faciliter, notamment en finançant les ressources nécessaires, l'adoption d'approches connectées et holistiques de soins de santé mentale qui tiennent compte du bien-être de l'enfant, des conditions de logements, des services sociaux, de la justice et d'autres domaines interconnectés qui sont souvent traités séparément et de manière disparate.

**Recommandation 10 :** Le gouvernement fédéral devrait, en association avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, surveiller l'égalité de l'accès aux services de santé numériques et améliorer le financement et l'infrastructure pour créer des communautés virtuellement connectées.

**Recommandation 11 :** Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient faire en sorte d'harmoniser et de rendre interopérables leurs systèmes de santé, y compris les technologies, les dossiers, les autorisations professionnelles et le financement associés, pour soutenir l'intégration de l'ensemble des points d'accès aux soins et du système de santé canadien.

**Recommandation 12 :** Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient établir des modèles de financement stable des soins de santé mentale virtuels qui rémunéreraient ces derniers à hauteur des soins donnés en personne et qui prévoiraient des fonds pour les soins indirects collaboratifs et les modèles de soins qui emploient des pairs et des paraprofessionnels.

**Recommandation 13 :** La formation sur la mise en œuvre des soins virtuels devrait devenir une norme d'éducation et de perfectionnement pour tous les professionnels de la santé mentale.

**Recommandation 14 :** Le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied un groupe de travail national sur la prévention des troubles de santé mentale et la promotion de la santé et du bien-être mentaux, qui porterait une attention spéciale aux pandémies et aux autres urgences nationales semblables.

**Recommandation 15 :** Les autorités des provinces et des territoires devraient essayer de garder les enfants à l'école et soupeser les inconvénients et les avantages d'une fermeture des écoles dans l'éventualité d'une autre vague de la COVID-19.

**Recommandation 16 :** Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient financer adéquatement les efforts visant à limiter la transmission du virus dans les écoles pour réduire la possibilité que les enfants deviennent malades et/ou qu'ils transmettent le virus à leurs enseignants, au personnel de soutien de leurs écoles ou aux membres de leurs familles.

**Recommandation 17 :** Si les écoles devaient être de nouveau fermées en raison d'une seconde ou de plusieurs autres vagues, il faudra mieux soutenir les parents dans l'éducation de leurs enfants à la maison. Cela comprend le fait de soutenir les besoins accrus des parents en santé mentale occasionnés par la responsabilité d'assumer l'école à la maison.

**Recommandation 18 :** Dans l'éventualité d'une nouvelle fermeture des écoles, les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient mettre en place des mesures de soutien en santé mentale et de lutte contre la consommation excessive de substances pour stabiliser le bien-être des familles à l'aide des moyens utilisés pour dispenser le programme scolaire aux familles.

**Recommandation 19 :** Les provinces devraient tenter de garder réunies les familles de nouveau-nés vulnérables et de soupeser les avantages et les inconvénients qu'il y a de limiter les contacts familiaux pendant l'hospitalisation en USI des nourrissons dans le cas d'une autre vague de la COVID-19.

**Recommandation 20 :** Les gouvernements provinciaux et fédéral devraient financer adéquatement les efforts visant à déterminer les incidences que peut avoir la restriction des contacts familiaux sur le bien-être mental et l'état de santé de la famille et des nourrissons.

**Recommandation 21 :** Dans l'éventualité où les restrictions des contacts familiaux dans les centres hospitaliers seraient de nouveau imposées, les gouvernements provinciaux devraient prévoir des mesures de soutien de la santé mentale pour stabiliser le bien-être des familles en utilisant des mécanismes de prestation virtuelle des soins semblables aux mécanismes utilisés par les écoles pour dispenser le programme scolaire aux familles.



# Atténuer les perturbations engendrées par la pandémie de la COVID-19 : comment soutenir la santé mentale de la population canadienne

## Introduction

La pandémie de la COVID-19 a créé un bouleversement sans précédent pour la population canadienne et celle du monde entier. Des millions de personnes ont été confinées chez elles. Un grand nombre de personnes ont dû travailler depuis la maison, d'autres ont perdu leur emploi et les gens sont souvent inquiets quant à leurs perspectives futures d'emploi. Avec la fermeture des écoles, les parents d'enfants ont eu à jongler avec la responsabilité exigeante et inusitée pour eux de voir à la scolarisation de leurs enfants tout en travaillant à la maison. Les résidents des établissements de soins de longue durée ont dû apprendre à vivre avec un risque accru d'infection et de décès et se sont vu refuser des visites familiales vitales. Pendant le confinement, certaines personnes ont été contraintes de vivre des situations de domination et de violence. Plusieurs personnes ont perdu des êtres chers à cause de la COVID-19 et n'ont même pas pu participer aux rites funéraires habituellement pratiqués. De nombreux travailleurs de première ligne, dont les préposés au bénéficiaires, les infirmières et les médecins des unités d'urgence, mais aussi les livreurs, les employés de la vente au détail et les premiers intervenants, ont été exposés à un stress très élevé et souvent soutenu, ce qui a occasionné pour plusieurs des symptômes de détresse psychologique, d'anxiété et de stress traumatique. Maintes personnes ont eu des symptômes de la COVID-19 et ont dû attendre fébrilement les résultats de leurs tests de dépistage, craignant pour leur propre santé et celle des personnes qu'elles avaient côtoyées. Certains ont été diagnostiqués de la COVID-19, certains ont été hospitalisés, d'autres encore ont été admis dans des USI et plusieurs sont morts des suites de la maladie.

Tous les Canadiens et les Canadiennes ont reçu des avertissements sanitaires, ont dû composer avec l'incertitude associée aux nombreux changements d'exigences/mesures de santé publique et ont vécu des bouleversements dans leur vie sociale et professionnelle. Comme pour certaines pandémies précédentes (Taylor, 2019), une augmentation généralisée du niveau de détresse s'est fait sentir (Taylor *et al.*, 2020a,b,c,d). Le Conference Board et la Commission de la santé mentale (2020) ont mené un sondage du 27 avril au 15 mai 2020, lequel a montré que 84 % des gens avaient signalé que leur état de santé mentale s'était détérioré au cours de la pandémie. Les plus importants soucis signalés étaient de l'ordre du bien-être familial, de l'avenir personnel, de l'isolement et de la solitude, ainsi que de l'anxiété et de la peur. Il semble aussi qu'il y ait eu une augmentation des problèmes de santé mentale, par exemple des troubles d'anxiété, de l'humeur et de consommation de substances, de même que des troubles de stress traumatique pour un pourcentage important, mais encore inconnu, de personnes au Canada. Diverses enquêtes (Taylor *et al.*, 2020a,b; CAMH, 2020) ont révélé qu'approximativement 20 à 25 pour cent des gens au Canada avaient souffert de problèmes modérés ou graves de santé mentale découlant de la COVID-19. Les dernières données tendent à indiquer que les personnes qui avaient déjà des troubles d'anxiété avant la pandémie pourraient avoir été touchées plus gravement par la COVID-19 que les personnes souffrant de troubles de l'humeur et n'ayant reçu aucun diagnostic de santé mentale avant la pandémie (Asmundson *et al.*, 2020).

Un sondage Nanos réalisé pour le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (Nanos, 2020) a montré qu'approximativement 20 % des gens avaient augmenté leur consommation d'alcool en raison de la pandémie. Les données recueillies lors de pandémies antérieures et celles

colligées plus récemment par certains pays qui sont en avance sur le Canada quant à l'évolution chronologique de la pandémie, indiquent également que les problèmes de santé mentale se seraient accrus et que les incidences sur la santé mentale persisteraient bien au-delà de la phase aiguë de la pandémie. Une partie considérable des données étrangères sur la COVID-19 et sur ses effets sur la santé mentale pourraient être utiles pour le Canada.

Cependant, la pandémie a eu des répercussions différenciées sur le plan du bien-être mental pour les divers groupes de Canadiens. La COVID-19 n'est pas seulement une maladie; elle intensifie aussi les maux sociaux qui sont depuis longtemps la source d'inégalités en matière de santé. Les données sur les effets de la COVID-19 sur la santé mentale s'accumulent rapidement et les conclusions qui en sont tirées laissent penser que les personnes qui vivent dans la pauvreté et dans des circonstances sociales défavorables sont celles qui seront les plus gravement touchées. De plus, celles qui ont vécu des événements indésirables avant la pandémie, spécialement au cours de leur enfance, courraient des risques plus élevés que les autres (Asmundson et Afifi, 2020). Même avant la pandémie, les gens appartenant aux groupes situés au bas de l'échelle des revenus étaient 3 à 4 fois plus susceptibles que les membres des groupes aux revenus les plus élevés de faire état d'une mauvaise santé mentale (Agence de la santé publique du Canada, 2018). L'organisme Human Rights Watch (Carling & Mankani, 2020) souligne que plusieurs communautés autochtones n'ont pas accès à de l'eau potable et qu'elles vivent dans des situations de



Talysa Bujold-Abu  
*What I Hear I Keep*

surpeuplement, ce qui rend le lavage des mains et la distanciation sociale difficiles. De même, les membres de la communauté LGBTQ et les personnes racialisées sont souvent plus susceptibles de contracter la COVID-19. Par exemple, à Toronto, les personnes de race blanche représentent 48 % de la population, mais seulement 17 % des personnes atteintes de la COVID-19 (Toronto, 2020). Les maladies chroniques, l'itinérance, l'incarcération et la pauvreté augmentent le risque de souffrir de symptômes graves de la COVID-19. Un examen évolutif systématique de la santé mentale réalisé pendant la pandémie de la COVID-19 par le projet *DepressD Living* (2020) a mis en évidence des données initiales qui indiquent que la COVID-19 aurait des effets différenciés sur la santé mentale des personnes dans le monde selon qu'elles aient ou non subi des situations défavorables auparavant. Avant la pandémie, le Canada était aux prises avec une grave épidémie de consommation d'opioïdes, laquelle a été amplifiée par la pandémie de la COVID-19. Le nombre de surdoses mortelles de médicaments et de drogues s'est accru au Canada depuis le début de la pandémie (Wood *et al.*, 2020). Les restrictions de voyage et les fermetures de frontières ont perturbé les chaînes d'approvisionnement des drogues illégales, ce qui a entraîné une utilisation de substances plus dangereuses et le recours à des voies d'administration plus efficaces, mais aussi plus risquées (Tsai et Wilson, 2020). Au cours de la pandémie, les personnes en situation d'itinérance qui utilisent des substances ont aussi vu s'accroître leur risque de vivre des problèmes de sevrage et des complications connexes, ainsi que de connaître des troubles de la santé (UNODC, 2020).

Les effets de la COVID-19 sur la santé mentale se sont manifestés dans un contexte de sous-financement chronique des services de santé mentale. Un an avant la pandémie, la Commission de la santé mentale du Canada avait estimé qu'une personne sur cinq souffrait de problèmes de santé mentale importants et avait chiffré à approximativement 50 milliards de dollars le coût de ces problèmes de santé mentale pour l'économie canadienne (Smetanin *et al.*, 2011). La Commission de la santé mentale avait par ailleurs noté (2017) que le Canada consacrait environ 7,2 % de l'ensemble de ses dépenses de santé (publiques et privées) à la santé mentale (par rapport à 13 % pour le Royaume-Uni), soit bien moins que ce que la plupart des autres pays développés dépensent dans ce domaine. Les enfants et les jeunes pourraient en souffrir, puisque la plupart des enfants qui ont de problèmes de santé mentale ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin (Waddell *et al.*, 2005). Les listes d'attente pour recevoir des soins de santé mentale pédiatriques s'allongeaient déjà avant la pandémie et certains enfants devaient attendre 2,5 années pour obtenir des services (Children's Mental Health Ontario, 2020). Les listes d'attente de l'ensemble de la population étaient également longues avant la pandémie. La perturbation des services et le stress engendré par la pandémie n'ont fait qu'empirer la situation.

Le gouvernement fédéral avait reconnu la nécessité urgente de financer davantage la santé mentale avant la pandémie. Dans son budget de 2017, il s'était modestement engagé à commencer à combler l'écart; il avait promis d'investir 5 milliards de dollars sur 10 ans pour améliorer les soins de santé mentale (Gouvernement du Canada, 2017). Récemment, reconnaissant les besoins particuliers des communautés autochtones au cours de la pandémie de la COVID-19, le ministre fédéral des Services aux Autochtones, Marc Miller, a annoncé une nouvelle enveloppe de 82,5 millions de dollars pour aider les communautés autochtones à combler leurs besoins en soins de santé mentale accrus par la pandémie. Le concept de lier les dépenses au fardeau porté, de viser, par exemple, la parité entre la santé mentale et la santé physique, n'a pas encore été érigé en politique.

Les soins de santé mentale doivent répondre à des normes appropriées. Fournir des soins de piètre qualité est inacceptable dans le domaine de la santé mentale, comme c'est le cas dans les autres domaines de soins. L'Institute for Health Improvement, aux États-Unis, a relevé six caractéristiques essentielles pour que l'on puisse considérer que les soins fournis sont de qualité. Les soins doivent être : centrés sur la personne; équitables; fournis en temps opportun; efficaces; et sûrs (Institute of Medicine, 2001). Ces critères ont recueilli une large adhésion partout au Canada. Les services de santé mentale doivent faire l'objet d'une reddition de comptes : ils doivent adopter les meilleures pratiques en cours et faire état de leur degré de conformité aux normes de qualité. L'efficacité ne peut être atteinte qu'un recueillant régulièrement des données et en analysant les résultats obtenus. Les soins par paliers, une approche hiérarchisée selon les besoins du patient, allant de l'intervention la moins intensive à la plus intensive, est moins lourde pour les gens desservis et plus économique. La plupart opteront pour les interventions en santé mentale les moins intensives habituellement proposées par les services de soins primaires. Ces interventions doivent être intégrées avec efficacité aux soins de santé mentale.

Dans son énoncé sur les normes de santé (2020), Agrément Canada a souligné l'importance de l'expérience du patient et de sa famille, de leur satisfaction à l'égard des soins, ainsi que de la participation des patients et d'autres parties prenantes à la conception des soins. Un des facteurs les plus importants pour la qualité des soins est la capacité d'offrir un service culturellement sécurisant, c'est-à-dire qui respecte les croyances, les valeurs et les préférences culturelles des usagers. Au Royaume-Uni, l'organisme qui veille au respect de cette exigence est le National Institute for Health Care and Excellence (NICE).

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) constituent le principal organisme de financement de la recherche en santé au Canada. En 2018-2019, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, les IRSC ont octroyé 1,089 milliard de dollars en subventions et en bourses. De cette somme, 28,1 M\$ avaient été affectés à la recherche sur les dépendances et 72,1 M\$ à la recherche en santé mentale, pour un total de 100,3 M\$, soit approximativement 9 % du financement total (Canada, 2020). Cela contraste vivement avec le fardeau en santé mentale porté par la population, lequel exigerait au moins le double de ces dépenses.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme de santé financé par le gouvernement fédéral qui recueille et analyse les données sur le système de santé et sur la santé de la population canadienne. Les informations sur les systèmes de ce type sont d'une importance capitale pour la planification et l'évaluation des soins de santé mentale et de traitement des problèmes de consommation de substances.

Comme la pandémie continue de peser sur la population canadienne, le gouvernement devra non seulement lutter contre l'infection et contre ses conséquences économiques, mais devra aussi adopter des politiques et financer des programmes et des services qui s'appuieront sur les données actuelles dans le domaine de la santé mentale et qui aideront les Canadiens et les Canadiennes non seulement à survivre à la pandémie, mais aussi à s'épanouir.

## **Accès**

### **Accès à des soins publics de santé mentale**

L'accès à des services de santé mentale publics appropriés, fondés sur des données probantes, était limité avant la COVID-19. La santé mentale des enfants vulnérables pourrait être spécialement

compromise, puisque le manque de services ne peut que nuire au développement des facultés sociales et cognitives.

Le stress causé par la pandémie induit une hausse de la demande en services, lesquels sont tellement surchargés qu'un grand nombre de personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin. Avant la pandémie de la COVID-19, les Canadiens avaient déjà émis des préoccupations concernant l'accès insuffisant à un éventail de services publics de soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

En particulier :

- 94 % des Canadiens estimaient que les régimes de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient couvrir les soins de santé mentale (Cohen et Hosseiny, 2019);
- 89 % des Canadiens appuyaient un meilleur financement des professionnels en santé mentale, y compris des psychologues et aidants. Cinquante-trois pour cent des gens ont dit connaître une personne qui avait souffert d'un trouble ou d'une maladie de santé mentale et qui avait dû attendre avant de recevoir les services nécessaires (Commission de la santé mentale du Canada, 2019);
- 55 % des gens au Canada étaient insatisfaits des temps d'attente pour avoir accès à des professionnels de la santé mentale financés par le public et 20 % ont dit qu'ils avaient dû demander des services privés de santé mentale et en assumer les coûts en raison des longs délais d'attente ou du manque de services publics de santé mentale (Ipsos, 2019).

La pandémie de la COVID-19 a mis en relief la fragilité de notre système de santé mentale. Certaines mesures ont été prises pour favoriser l'autogestion des patients, par exemple, par le biais de l'Espace mieux-être Canada (<https://ca.portal.gs/>). Ces mesures pourraient être utiles pour ceux et celles qui vivent des problèmes légers de santé mentale.

Cependant, les services provinciaux ont été réduits en raison des politiques de distanciation sociale. En fait, plusieurs provinces ont interrompu tous leurs services excepté leurs services d'urgence. Certains groupes ont fait les frais du stress causé par la pandémie et de l'accès difficile à des services de santé mentale. Par exemple, les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale ont vu leurs cliniques éliminer les services en personne. Les personnes touchées (p. ex., les résidents des zones rurales et des communautés autochtones) n'ont pas pu recevoir de services de santé mentale malgré le stress accru engendré par la pandémie. En outre, les premiers intervenants et les travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée et de plusieurs services d'urgence et USI ont subi un énorme stress, certains éprouvant des symptômes de dépression, d'anxiété relative à leur état de santé et des SSPT, mais les services de santé mentale n'ont pas été suffisamment augmentés pour répondre à leurs besoins.

Les dépenses publiques en santé mentale sont disproportionnellement faibles par rapport au fardeau de la santé mentale porté. Avant la pandémie, Vigo et al. (2019) avaient montré que la santé et la souffrance psychologiques constituaient la principale source du fardeau de la santé, représentant 24 % du fardeau porté. Ils ont aussi constaté un déséquilibre de l'ordre de 3 pour 1 entre le fardeau de la santé et des souffrances psychologiques porté et les dépenses faites au Canada pour l'atténuer. Les fardeaux plus lourds de santé mentale peuvent être considérés comme des invalidités. Statistique Canada (2012) avait déterminé que 28 % des personnes invalides au Canada avaient une invalidité liée à la santé mentale. Aucune étude exhaustive couvrant la gamme complète des dépenses publiques et privées en santé mentale au Canada n'a encore été réalisée

et les informations qui pourraient en être tirées répondraient à un besoin urgent. Les données disponibles indiquent qu'en 2013-2014, les dépenses publiques en santé mentale représentaient 4,6 % des dépenses publiques en santé au Canada (Institute of Health Economics, 2019). Aucune province n'a atteint le seuil minimal de 9,0 % recommandé par la Commission de la santé mentale du Canada (Commission de la santé mentale, 2012). Ces dépenses ont probablement augmenté récemment.

Il faudrait augmenter les dépenses en santé mentale afin qu'elles atteignent au moins le seuil de 12 % des dépenses en santé. Ce niveau de financement serait toujours largement insuffisant par rapport au fardeau porté, mais aiderait à répondre aux besoins non comblés. Statistique Canada (2019) a estimé que 43 % des personnes ayant des besoins en santé mentale au Canada n'avaient pas accès aux services requis. Le plus grand besoin non comblé concerne les services de consultation ou de thérapie.

Toutes les personnes au Canada devraient avoir accès en temps opportun à des soins fondés sur des données probantes et les gouvernements devraient avoir à rendre des comptes quant à la fourniture de ces soins. Au cours des deux dernières décennies, les données probantes sur les soins ont été transposées en lignes directrices, en voies d'intervention et en normes de santé. En particulier, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, <https://www.nice.org.uk/>) du Royaume-Uni a montré la voie à suivre dans ce domaine. Le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (Améliorer l'accès aux psychothérapies) des National Health Services du Royaume-Uni est un programme qui a comme ambition de pouvoir fournir à 1,9 million de personnes en 2023-2024 les services de thérapie verbale fondée sur des données probantes dont elles ont besoin (<https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>). Comme nous l'avons indiqué plus haut, le manque d'accès à des thérapies verbales est le plus grand besoin non comblé au Canada (Statistique Canada, 2019).

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au Canada sont uniformément favorables à l'établissement de normes de qualité appropriées pour les soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances. De l'excellent travail a été effectué par quelques groupes, ordres professionnels et associations pour élaborer des lignes directrices en matière de pratiques cliniques (Remington *et al.*, 2017; Katzman *et al.*, 2014; Lam *et al.*, 2016). En outre, plusieurs provinces ont mis sur pied des conseils pour surveiller la qualité des services de santé. Cependant, aucune structure pancanadienne soutenue par le gouvernement n'a été mandatée en vertu de la loi d'assurer l'équité, la qualité et le respect de normes de soins.

### **Accès à des soins de santé mentale lié à l'emploi**

Le nombre de personnes sans emploi a considérablement augmenté au Canada. Ces personnes n'ont plus droit ou ont un accès limité aux prestations supplémentaires en santé offertes par leur employeur – qui incluent un éventail de programmes, de services et de mesures de soutien visant à lutter contre les problèmes de santé mentale et de consommation de substances.

La COVID-19 engendre une triple menace. Premièrement, il y a eu une diminution des prestations supplémentaires en santé couvertes par les employeurs. Ces prestations donnent droit à des services fournis par des professionnels de la santé non médecins, tels que les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychothérapeutes et les aidants, lesquels ne sont habituellement pas financés pour le système de santé publique. Deuxièmement, une bonne partie des services financés par le public sont fournis dans des établissements hospitaliers et des cliniques médicales

qui ont été partiellement fermés, ce qui a eu pour effet de rallonger les listes d'attente déjà très substantielles. Troisièmement, il y a une demande croissante pour des services de soins en santé mentale et de lutte contre la consommation de substances, ce qui exacerbe l'écart entre les besoins éprouvés par les Canadiens en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances et la capacité des secteurs public et privé de fournir ces soins. Ces trois facteurs ont eu une incidence considérable sur l'accès en temps opportun des Canadiens à un éventail de services et de mesures de soutien en santé mentale. Dorénavant, il sera important d'envisager une politique d'intervention coordonnée qui pourra couvrir à la fois les services offerts par le secteur public et par le secteur privé.

De plus, la pandémie a mis en relief l'importance d'examiner la gamme des services de santé mentale fondés sur des données probantes offerts par les employeurs à leurs employés. Une enquête réalisée récemment par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (2020) a relevé que 18 % des organisations qui offrent des régimes de prestations avaient récemment haussé le seuil maximal de couverture des services de consultation en santé mentale, par exemple les services offerts par les psychologues et autres fournisseurs de soins de santé mentale. Les groupes syndiqués (29 %) et les employeurs du secteur public (29 %) étaient particulièrement susceptibles de le faire. Vingt-cinq pour cent des organisations qui offrent des régimes de prestations en santé ont l'intention de hausser leur seuil maximal de couverture. Il a également été établi que le seuil de couverture maximale médian et annuel des services de consultation en santé mentale était de 1 011 dollars. La majorité (68 %) ont fixé un seuil maximal inférieur à 1 000 \$ ou à 5 heures de consultation psychologique à un honoraire horaire de 200 \$. Ces plafonds sont insuffisamment élevés pour que soit offert le niveau de soins établi par les normes dans le domaine (Lambert, 2013).

Si aucune autre mesure n'est prise, plusieurs Canadiens et les Canadiennes passeront à travers les mailles du filet : ils n'auront pas accès aux soins de santé mentale dont ils ont besoin en raison de des carences du système public, ou parce que la perte des avantages offerts par leurs employeurs les oblige maintenant à payer de tels services de leur propre poche. D'une façon ou d'une autre, l'accès en temps opportun à des soins de santé mentale n'est plus assuré.

Les employeurs doivent réexaminer leurs politiques internes de ressources humaines pour faire en sorte que leurs employés qui ont été temporairement mis à pied aient accès à leurs prestations de santé. Les employeurs, en dialogue avec leurs employés et leurs assureurs, doivent faire en sorte de faciliter l'accès à un ensemble exhaustif de programmes et de services de soins santé mentale fondés sur des données probantes par l'intermédiaire de leurs régimes de prestations de soins de santé. Considérant la relation qui existe entre l'accès des employés aux prestations de soins de santé mentale et l'accès au régime de santé publique, il sera important d'envisager une réponse politique coordonnée qui pourra couvrir à la fois les sphères du secteur public et du secteur privé.

Les employés qui se blessent dans le cadre de leur travail sont généralement couverts par les commissions provinciales des accidents du travail. Ils sont admissibles à une indemnisation s'ils peuvent démontrer qu'ils ont été infectés par la COVID-19 au travail. Toutefois, les employés qui développent des troubles de santé mentale du fait d'avoir été infectés ou de devoir prendre soin de personnes infectées pourraient avoir plus de difficulté à prouver que leurs troubles de santé mentale sont liés à leur emploi. Le gouvernement fédéral, en collaboration avec les commissions provinciales des accidents du travail pourrait élaborer une réglementation modèle couvrant les causes présumées qui font que des travailleurs de la santé de première ligne et des premiers

intervenants développent des problèmes tels que l'anxiété liée à la santé, des dépressions ou des SSPT pendant la pandémie, afin qu'il puisse être invoqué que des causes professionnelles sont à l'origine de ces troubles et que ces travailleurs puissent être admissibles aux programmes de soutien et aux services offerts par les commissions des accidents du travail.

Les approches fondées sur l'autogestion peuvent être très économiques et utiles pour plusieurs, mais elles ne sont peut-être pas efficaces pour les personnes qui n'ont pas les capacités nécessaires pour maîtriser et utiliser de manière soutenue les techniques d'autogestion ou pour celles qui ont des problèmes de santé mentale plus importants.

**Recommandation 1 :** Le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait augmenter le financement des services de santé mentale à hauteur d'au moins 12 % du budget des services de santé pour répondre aux besoins qui existaient depuis longtemps et qui ont été exacerbés par la pandémie de la COVID-19.

**Recommandation 2 :** Le gouvernement fédéral, en concertation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, devrait établir des normes nationales d'accès et de qualité en matière de services de santé mentale en adoptant une loi sur la parité de l'accès aux soins de santé mentale.

**Recommandation 3 :** L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) devrait se voir attribuer des ressources suffisantes pour travailler en collaboration avec les provinces et les territoires, et d'autres parties prenantes, en vue de préparer des séries de données à jour sur les dépenses en santé mentale faites par les secteurs public et privé. L'ICIS devrait également accélérer l'élaboration d'indicateurs de performance en santé mentale (couvrant les temps d'attente) pour l'évaluation du système de santé.

**Recommandation 4 :** Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient financer et élaborer un programme semblable au programme britannique *Improving Access to Psychological Therapies*. Ce programme s'appliquerait aux adultes, aux enfants et aux adolescents. Vu l'étendue du territoire à couvrir, un service virtuel devrait être envisagé.

**Recommandation 5 :** Le portail d'autogestion Espace mieux-être Canada (<https://ca.portal.gs/>) devrait être évalué de manière rigoureuse par une entité indépendante et certaines options d'autogestion devraient être améliorées.

**Recommandation 6 :** Le gouvernement fédéral devrait accorder un soutien financier supplémentaire aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), au Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et au Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) pour faire en sorte que le financement de la recherche en santé mentale soit proportionnel au fardeau de la santé mentale porté et à son incidence sur certains milieux. Une attention particulière devrait être accordée à la recherche qui pourrait améliorer directement les soins et permettre de répondre aux besoins des milieux qui ne sont pas bien desservis.

## Santé mentale des Autochtones

Avant la pandémie de la COVID-19, les Autochtones supportaient un fardeau disproportionnellement lourd de problèmes de santé mentale comparativement à la population non autochtone du Canada. Il n'existe pas d'ensemble de données fondées sur les mêmes méthodologies pour comparer la population générale des Autochtones et celle des non-Autochtones. Toutefois, de bons ensembles





Tia Cavanagh  
*An Exploration in  
Identity: In Honour  
of my Nokimos*

de données ont été constitués sur certaines questions précises. Le taux de suicide national dans les communautés autochtones est deux fois plus élevé que celui de la population en général et le taux de suicide chez les jeunes Autochtones est approximativement trois fois plus élevé que celui des non-Autochtones au Canada. Le taux de suicide au sein des communautés inuites serait neuf fois plus élevé que celui de la population non autochtone du Canada (Kumar et Tiepkema, 2019). Les adolescents autochtones commencent à utiliser des substances et à consommer de l'alcool à un plus jeune âge que les adolescents non autochtones (Falk *et al.*, 2006; Miller *et al.*, 2008). Pour un échantillon de jeunes autochtones du nord du Midwest des États-Unis et de l'Ontario, le risque de répondre aux critères associés à un trouble de consommation de substances avant la fin de l'adolescence a été évalué à 54 % (Hautala, Sittner et Walls, 2018). Les jeunes autochtones en situation d'itinérance sont plus susceptibles de développer un problème de santé mentale ou de dépendance que les jeunes non autochtones en situation d'itinérance (Kidd, Gaetz et O'Grady, 2017). Enfin, des incidences cumulatives ont été recensées au regard de la santé mentale des familles et de certains groupes; les enfants de personnes qui ont fréquenté des pensionnats autochtones, par exemple, présentent des symptômes de dépression plus graves que les autres personnes (Bombay, Matheson et Anisman, 2011).

On estime largement que les disparités qui se manifestent aujourd'hui dans le paysage politique global canadien sont le résultat des nombreuses tentatives systématiques coloniales qui ont été menées pour assimiler la population autochtone. Les politiques gouvernementales canadiennes visant à éradiquer les pratiques culturelles par la perturbation des communautés et des familles au moyen de mécanismes bien documentés comme les pensionnats et les systèmes de protection de l'enfance ont causé ce que l'on a appelé un traumatisme intergénérationnel – la transmission d'un traumatisme entre plusieurs générations de peuples autochtones. En même temps, de nombreuses collectivités rurales et éloignées ont un accès limité à des soins adaptés sur le plan

culturel et contextuel et leurs systèmes et services ont globalement souffert d'un sous-financement chronique.

Malgré cet effort colonial multigénérationnel, les peuples autochtones ont fait preuve d'une grande résilience et de nombreuses communautés ont trouvé des façons de s'adapter et d'innover pour améliorer la capacité de leurs services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Des approches culturelles se sont révélées particulièrement efficaces pour améliorer le bien-être des peuples autochtones.

À mesure que la COVID-19 s'est répandue au Canada, l'isolement géographique relatif des communautés autochtones et les mesures rapides et décisives prises par plusieurs de leurs dirigeants ont permis de restreindre l'accès des visiteurs extérieurs aux communautés, ce qui a limité la propagation du virus de la COVID-19. Cette réponse résiliente et efficace met en relief l'importance et l'efficacité des dirigeants autochtones et des approches de santé des Premières Nations.

La pandémie de la COVID-19 a fait ressortir et, dans plusieurs cas, a exacerbé des carences connues dans les services, l'accès inéquitable aux ressources et le manque de ressources humaines pour gérer les crises de santé mentale. Des programmes communautaires et des organisations de services d'une importance capitale ont été forcés d'interrompre leurs services pour empêcher la propagation du virus dans les communautés isolées qui disposaient de peu de ressources pour s'occuper des personnes malades dans le cas où la COVID-19 s'y répandrait. De nombreuses communautés ont fait état d'une hausse des problèmes liés au bien-être des enfants (p. ex., violence, négligence), des cas de violence familiale liés à la fermeture de centres de traitement résidentiel/refuges pour femmes et des épisodes de sevrage aigu résultant de la perturbation des chaînes d'approvisionnement de drogues illicites (en raison des barrages érigés aux limites des communautés). À tout cela s'ajoute un accès limité aux services d'aide médicale à la désintoxication. Considérant les taux bien documentés de comorbidités chroniques, les risques associés au virus étaient très élevés pour plusieurs communautés. De plus, l'entassement social dû au manque de logements et, dans certains cas, l'accès insuffisant à de l'eau courante potable, ont rendu difficilement applicables les recommandations de distanciation sociale et de lavage des mains dans plusieurs communautés. Tous ces facteurs ont placé les communautés autochtones dans une situation critique, surtout si l'on prend en considération l'importance culturelle accordée aux aînés et au bien-être de la communauté.

L'accès à des soins appropriés sur les plans culturel et contextuel est essentiel pour les communautés autochtones du Canada. Certaines approches non autochtones en matière de santé mentale (p. ex., les soins psychologiques, psychiatriques, médicaux) se sont révélées efficaces pour alléger le fardeau disproportionnellement lourd de la santé mentale. Les approches culturelles et axées sur le territoire ont aussi fait leurs preuves au regard de l'amélioration du bien-être et de l'amélioration des résultats sur le plan du bien-être culturel, tels que la détermination, l'espoir, le sentiment d'appartenance et la raison d'être.

**Recommandation 7 :** Le gouvernement fédéral devrait travailler en étroite collaboration avec les structures de gouvernance autochtones afin de trouver des exemples de réussite de communautés autochtones, de programmes propres aux Autochtones et d'organisations dirigées par des Autochtones dans le domaine de la santé mentale et dans les communautés autochtones.

Il faudrait financer adéquatement ces services culturellement et contextuellement adaptés afin qu'ils puissent être offerts dans d'autres communautés.

**Recommandation 8 :** En consultation avec les communautés des Premières Nations, métisses et inuites, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient mettre en œuvre des solutions qui permettraient de pallier l'iniquité dans les services de tous ordres et la discrimination structurelle qui contribuent aux taux particulièrement élevés de troubles mentaux.

**Recommandation 9 :** Le gouvernement fédéral devrait faciliter, notamment en finançant les ressources nécessaires, l'adoption d'approches connectées et holistiques de soins de santé mentale qui tiennent compte du bien-être de l'enfant, des conditions de logements, des services sociaux, de la justice et d'autres domaines interconnectés qui sont souvent traités séparément et de manière disparate.

### **Soins de santé mentale virtuels – possibilités immédiates et promesses futures**

La pandémie de la COVID-19 a entraîné l'interruption de la plupart des soins de santé mentale et de lutte contre la consommation de substances non urgents donnés en personne, ce qui a aggravé la difficulté d'accès aux soins de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Canadiens et les Canadiennes (McIntyre et Lee, 2020; Findlay, Arim et Kohen, 2020; Koushik, 2020). Ces mesures de santé publique ont poussé des systèmes de santé en entier à changer la façon dont ils prodiguaient leurs services de santé mentale, notamment par un délaissement à grande échelle des soins en personne pour des soins numériques ou virtuels pour plusieurs services de santé mentale. Conséquemment, nous avons connu une augmentation rapide et importante de l'utilisation des nouvelles technologies pour la prestation des soins de santé mentale (Torous et al., 2020; Fisk et al., 2020; Ohannessian et al., 2020). Les soins numériques et en ligne étaient déjà à l'horizon depuis des décennies au Canada, mais tardaient toujours à s'implanter complètement. Les soins de santé numériques visent l'intégration de l'équipement numérique, de la compilation des données de santé, des outils d'aide à la décision et des technologies d'analytique pour fournir des services de prévention, de diagnostic et de traitement (Association médicale canadienne, 2019). Un soin virtuel est toute interaction entre un patient et/ou membre du cercle de soins qui est réalisée à distance à l'aide de formes de communication ou de technologies de l'information pour soigner le patient (Shaw et al., 2018). Malgré une large base de données probantes démontrant l'équivalence de ces soins de santé mentale avec les soins donnés en personne pour un grand nombre de diagnostics et d'interventions fondées sur des données probantes (Langarizadeh et al., 2017; Hilty et al., 2013; Hubley et al., 2016), avant la COVID-19, les modalités virtuelles n'avaient qu'un faible taux d'adoption (Association médicale canadienne, 2019). Une récente étude en Ontario, par exemple, a montré que moins de 1 % des patients adultes nécessitant des soins étaient traités par télépsychiatrie et que seulement 7 % des psychiatres proposaient cette formule (Serhal et al., 2017). Ces procédés ont tardé à être mis en œuvre malgré les possibilités qu'offrent les soins virtuels pour combler les grandes distances géographiques et pour pallier la mauvaise répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé (Wozney et al., 2017). Ces problèmes d'implantation contribuent à l'inégalité des soins reçus au pays et les résidents des régions rurales doivent surmonter la barrière additionnelle de l'obligation de financer des déplacements sur de longues distances pour obtenir des services. Avant la COVID-19, les soins virtuels constituaient une ressource relativement inutilisée. Certaines des raisons avancées pour expliquer ce faible taux d'adoption et de pénétration des soins virtuels

sont : une mauvaise application; une gouvernance en santé et un financement qui ne contribuent pas à la prestation de soins au-delà des frontières régionales et provinciales; un financement et une rémunération insuffisants des soins virtuels; et une formation inadéquate des fournisseurs de soins de santé (Serhal et al., 2017; Cowan et al., 2019).

En réponse à la COVID-19, l'implantation rapide des soins virtuels a été facilitée par un assouplissement de la réglementation et par une réaffectation rapide du financement dans plusieurs provinces. De nombreuses personnes ont salué à juste titre la flexibilité de cette modalité de soins, qui permet aux patients de continuer de recevoir plusieurs services de santé essentiels. Par exemple, de récentes lignes directrices recommandent une plus grande utilisation des soins virtuels combinée à une plus grande souplesse dans l'utilisation des pratiques d'ordonnance de traitements par agonistes opioïdes pendant la pandémie (p. ex., une plus grande flexibilité au regard de la prise à la maison de médicaments combinée à une surveillance à distance du patient). Cela permettrait au système de répondre à la demande accrue d'accès à la méthadone pour gérer les problèmes liés à l'épidémie d'opioïdes exacerbés par la pandémie (Bruneau et al., 2020).

Selon un récent sondage, 38 % des personnes au Canada préféreraient continuer de recevoir des soins de santé virtuels et la majorité souhaiterait que les soins virtuels continuent d'être une option (Abacus/Association médicale canadienne, 2020). Pourtant, des obstacles évidents qui se posent à l'implantation des soins virtuels doivent être levés de toute urgence pour soutenir une rapide mise à échelle initiale. Le premier concerne les problèmes d'équité sur le plan des soins virtuels, considérant que plusieurs groupes vulnérables sont incapables d'obtenir des soins (Crawford et Serhal, 2020), ce qui amplifie les disparités d'accès aux soins de santé mentale qui existaient avant la COVID-19. Le second concerne la mise en œuvre et l'intégration des soins virtuels à l'échelle locale et des systèmes de santé, rendues plus difficiles à cause de la fragmentation et de la piètre intégration des services de santé avant la pandémie.

Nous devons passer dans notre mode de pensée et nos approches d'une intervention urgente de lutte contre la pandémie à une vision axée sur la viabilité et l'intégration. Nous avons l'occasion d'exploiter enfin le potentiel non utilisé des soins virtuels et d'offrir aux personnes une plus grande liberté de choix dans leur accès aux soins de santé mentale. Même si les options de soins virtuels sont essentielles au maintien de l'accès aux services, à mesure que nous commencerons à sortir de la phase aiguë de cette crise, nous devons examiner la qualité des soins fournis et déterminer s'ils répondent aux besoins des patients, des familles et des communautés. La qualité des soins est tout aussi importante pour les soins virtuels qu'elle l'est pour les soins fournis en personne.

Il est particulièrement important de garantir un accès équitable aux soins numériques. Bien que l'accès aux soins virtuels se soit accru, des obstacles liés à d'autres inégalités sociales et structurelles peuvent se poser et rendre inaccessibles ou inefficaces les soins virtuels pour des groupes en situation de pauvreté ou d'itinérance, ou qui ont acquis peu de compétences dans l'utilisation des technologies numériques (Crawford et Serhal, 2020; Levesque et al., 2013).

**Recommandation 10 :** Le gouvernement fédéral devrait, en association avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, surveiller l'égalité de l'accès aux services de santé numériques et améliorer le financement et l'infrastructure pour créer des communautés virtuellement connectées.

## Établissement d'un continuum de soins virtuels - intégration axée sur la personne de l'ensemble du système de santé

Lorsque nous examinons les soins virtuels, nous ne considérons souvent que l'aspect des soins offerts par le fournisseur de soins au patient. La technologie utilisée dans le domaine des soins de santé fait partie intégrante d'un écosystème qui englobe le contexte organisationnel, mais également toutes les parties prenantes, la collectivité, les systèmes de santé et les gouvernements (Wiljer *et al.*, 2020). Comme pour les autres services de santé au Canada, le financement et la gouvernance assurés par les provinces et les régions rendent l'intégration entre les différents systèmes de santé difficile. Les soins virtuels remettent directement en cause ce statu quo par leur capacité à donner aisément accès à des soins au-delà des frontières politiques. Toutefois, les fournisseurs doivent composer avec un système complexe de compétences, d'autorisations et de réglementation. Une mauvaise intégration conduira à mauvaise transition des soins et à un piètre suivi. Nous devons planifier des systèmes de soins virtuels qui garantiront un accès à un panier acceptable, efficace et efficient de soins en personne et virtuels. S'y retrouver dans les soins offerts, passer d'un fournisseur ou d'un contexte de soins à un autre et recevoir un suivi approprié exigent tous une bonne planification du système.

Les soins virtuels peuvent faciliter la prestation collaborative ou intégrée des soins à distance par une intégration des divers fournisseurs de soins de santé mentale au sein d'équipes de soins primaires. Nous pouvons commencer à considérer les soins de santé numériques et virtuels comme un ensemble d'outils de soutien (Fortney *et al.*, 2013; Adaji *et al.*, 2017; Hilty *et al.*, 2018) et de technologies qui permettent de fournir des soins à toutes les étapes du continuum des soins de santé, qui comprend la prévention, le diagnostic et le traitement. Les soins par paliers donnent aux patients et aux fournisseurs de soins primaires accès à un niveau de soins qui peut croître en fonction des besoins du patient. Des recherches préliminaires ont démontré l'applicabilité et l'utilité de ces modèles, qui peuvent également générer des gains d'efficacité. D'autres recherches sur ces modèles de soins, notamment des études sur leur rentabilité, seront essentielles pour assurer une large adoption des soins virtuels, une intégration des systèmes et un financement adéquat de ces soins.

**Recommandation 11 :** Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient faire en sorte d'harmoniser et de rendre interopérables leurs systèmes de santé, y compris les technologies, les dossiers, les autorisations professionnelles et le financement associés, pour soutenir l'intégration de l'ensemble des points d'accès aux soins et du système de santé canadien.

La plupart des provinces ont fourni aux médecins des codes temporaires de remboursement ou de facturation pour la pratique de la télémédecine pendant la COVID-19, y compris pour les services de télépsychiatrie, et ont assuré la transition vers les services numériques des soins fournis par les professionnels autres que les médecins. Un financement adéquat sera essentiel à la viabilité de ces services et les patients exigeront probablement le prolongement de leur accès à ces soins. Mais le financement doit également être assuré à l'échelle des programmes et des organisations pour soutenir l'administration des soins virtuels. Une analyse économique des différents modèles de soins devra être faite pour déterminer la valeur relative des soins virtuels. Une étude récente, qui a comparé les coûts des soins donnés en personne, des soins fournis par télépsychiatrie et d'un programme de subvention des frais de voyage des patients a conclu que la télépsychiatrie constituait la solution la plus économique (Serhal *et al.*, 2020). Les soins virtuels doivent être

abordés de façon systématique dans le cadre de l'éducation des professionnels de la santé, c'est-à-dire à toutes les étapes de leur formation et de leur perfectionnement professionnel.

Les soins virtuels peuvent aussi être utilisés pour établir des nouveaux modèles de soins, tels que les soins fournis par des paraprofessionnels (McGrath *et al.*, 2011) et les communautés d'apprentissage et de pratique qui peuvent favoriser l'apprentissage des fournisseurs et leur adoption des pratiques fondées sur des données probantes (Sockalingam *et al.*, 2020).

**Recommandation 12 :** Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient établir des modèles de financement stable des soins de santé mentale virtuels qui rémunéreraient ces derniers à hauteur des soins donnés en personne et qui prévoiraient des fonds pour les soins indirects collaboratifs et les modèles de soins qui emploient des pairs et des paraprofessionnels.

**Recommandation 13 :** La formation sur la mise en œuvre des soins virtuels devrait devenir une norme d'éducation et de perfectionnement pour tous les professionnels de la santé mentale.

## Prévention

Malgré les appels lancés depuis longtemps aux gouvernements et aux systèmes de santé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2004) et l'Institute of Medicine (Munoz *et al.*, 1996) pour qu'ils adoptent une approche plus proactive et préventive pour le traitement des troubles mentaux, les politiques et les pratiques au Canada sont demeurées largement réactives. Les interventions préventives primaires peuvent être efficaces et économiques (OMS, 2004; McDaid *et al.*, 2019; Furber *et al.*, 2015; Carbone, 2020; Arango *et al.*, 2018, van Zoonen *et al.*, 2014). Pourtant, le Canada investit très peu dans les interventions de prévention primaires des troubles de santé mentale, malgré les données qui indiquent que son approche actuelle n'est pas viable (Roberts et Grimes, 2020).

Des stratégies de prévention des troubles de santé mentale sont requises en réponse à la COVID-19 pour atténuer les coûts et pour aplanir la courbe de propagation (Carbone, 2020; Moreno *et al.*, 2020). La prévention a pour but de réduire l'incidence, la prévalence et la récurrence des troubles mentaux et de dépendance ainsi que des invalidités associées. Les interventions visent à modifier les risques connus et à renforcer les mécanismes de défense des patients. Elles peuvent être considérées comme : 1) une prévention universelle appliquée à des populations entières; 2) une prévention spécifique, axée sur des groupes présentant des facteurs de risque particuliers; ou 3) une prévention indiquée pour des individus qui ont des symptômes ou des diagnostics actuels ou récurrents. (Munoz *et al.*, 1996). La Commission de la santé mentale du Canada, comme d'autres groupes de promotion de la santé, appuie l'idée que le continuum des soins doive également inclure la promotion de la santé et la prévention des maladies par des moyens virtuels (Commission de la santé mentale, 2014).

La prévention secondaire pourrait également se faire par le biais des soins virtuels. Aider les personnes atteintes de troubles mentaux à rester en communication et à se connecter virtuellement par l'intermédiaire de programmes comme le suivi à distance, les communautés de soin virtuelles, etc., peut aussi aider à prévenir les rechutes. La prévention du suicide serait un autre objectif évident des interventions virtuelles. Ces interventions sont très prometteuses parce qu'elles peuvent rejoindre un grand nombre de personnes, et ce, de manière économique; elles sont toutefois relativement nouvelles et devraient faire l'objet de plus amples travaux de recherche et d'évaluation.

**Recommandation 14 :** Le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied un groupe de travail national sur la prévention des troubles de santé mentale et la promotion de la santé et du bien-être mentaux, qui porterait une attention spéciale aux pandémies et aux autres urgences nationales semblables.

## Comportements nuisibles

Bien que la conformité aux restrictions imposées par la COVID-19 ait varié au cours de la pandémie, il existe un important sous-groupe représentant approximativement 20 % de la population, qui présente des caractéristiques psychologiques qui poussent ceux qui en font partie à ignorer les exigences formulées par les autorités de la santé publique et qui pourraient constituer de sérieux obstacles à de futures initiatives de santé publique pendant que la pandémie se poursuit. En avril 2020, approximativement 20 % des adultes dans le monde ne se conformaient pas aux mesures de confinement décidées par les autorités de la santé publique, telles que la distanciation physique (Lavoie, 2020). Le non-respect des exigences était plus répandu chez les personnes de sexe masculin (Litton, 2020; DeGrace *et al.*, 2020) et chez les jeunes (Lavoie, 2020; Moore *et al.*, 2020).

Les grandes épidémies et pandémies peuvent être maîtrisées par (a) une bonne communication des risques (c.-à-d. en renseignant le public sur l'éclosion et sur les moyens qu'il peut prendre pour protéger sa santé et sa sécurité), (b) des vaccins et des thérapies antivirales (lorsque disponibles), (c) de pratiques d'hygiène ciblées (p. ex., le lavage des mains, le port de masques sur le visage) et (d) la distanciation physique (p. ex., se tenir à plus de deux mètres de distance les uns des autres). Le refus de recevoir un vaccin peut représenter un obstacle important à la réussite d'un programme de vaccination. La plupart des gens ne se conforment pas aux recommandations de vaccination (Taylor, 2019). Les données recueillies dans le cadre d'une enquête financée par les IRSC et menée en plusieurs phases par Taylor et Asmundson auprès d'un échantillon d'approximativement 7 000 résidents canadiens et américains représentatifs de la population générale a révélé que 20 % de la population refuserait de recevoir un vaccin contre la COVID-19 lorsque celui-ci deviendrait disponible. L'hésitation à se faire vacciner peut être due à des préoccupations liées à l'innocuité du vaccin, à la crainte des aiguilles ou à la croyance que les programmes de vaccination empiètent sur les libertés civiles.

Certains facteurs psychologiques jouent un rôle de premier plan dans l'efficacité de chacune de ces méthodes (Taylor, 2019). La volonté de participer à des activités telles que les pratiques d'hygiène et de distanciation physique recommandées est essentielle pour ralentir la propagation des virus. Malheureusement, de nombreuses personnes ne suivent pas les recommandations sur le lavage des mains (Pfattheicher *et al.*, 2018). Au cours de la pandémie du virus H1N1 en 2009, les gens qui estimaient qu'ils avaient un faible risque d'être infectés étaient moins susceptibles de se laver les mains (Gilles *et al.*, 2009). De même, de nombreuses personnes ne respectent pas les recommandations de distanciation sociale. Au cours de la pandémie du virus H1N1 en 2009, un grand nombre de personnes au Royaume-Uni et aux États-Unis (79 % et 44 % respectivement) n'avaient fait aucun effort pour éviter de se rapprocher des gens qui présentaient des symptômes semblables à ceux de la grippe (SteelFisher *et al.*, 2009). Dans le contexte de la COVID-19, certains problèmes ont été rencontrés concernant le respect des pratiques d'hygiène et des mesures de distanciation physique, un certain nombre de Canadiens et d'Américains omettant ou refusant de suivre les recommandations (Taylor *et al.*, données non publiées).



Lorene Bourgeois  
*Profondeurs*

Plusieurs facteurs, entre autres la faible vulnérabilité perçue par rapport à la menace et une inclination irréaliste à l'optimisme, pourraient jouer un rôle majeur dans l'adoption des comportements qui favorisent la propagation de la maladie. Dans de tels cas, convaincre les gens de suivre les recommandations qui diminueront plus tard les taux d'infection et de mortalité – se faire vacciner, appliquer les pratiques d'hygiène et de distanciation physique recommandées – pourrait exiger des autorités de la santé publique qu'elles adoptent une approche stratégique qui fait appel à l'altruisme du public; c'est-à-dire d'employer des messages qui soulignent que ces gestes ne sont pas posés pour nous protéger nous-mêmes, mais pour protéger des membres de notre famille, nos amis et nos voisins potentiellement vulnérables (OMS, 2006; Taylor, 2019).

Certaines caractéristiques de la personnalité semblent aussi être associées à une non-adhésion plus fréquente aux règles. Par exemple, l'impulsivité (Baptist-Mohseni *et al.*, 2020) et la recherche de sensations fortes (DeGrace *et al.*, 2020) ont toutes deux été associées à un niveau plus élevé de non-adhésion aux stratégies de prévention de la COVID-19 préconisées par les autorités de la santé publique. De plus, il a été démontré que la recherche de sensations fortes chez les personnes de sexe masculin expliquerait certaines différences observées entre les sexes quant au respect des mesures préconisées (DeGrace *et al.*, 2020). Encore une fois, les communications en matière de santé et les programmes de prévention pourraient devoir être orientés vers des groupes à risque plus élevé.

### **Responsabilités parentales et école à la maison**

En réponse à la pandémie, les autorités de la santé publique ont ordonné la fermeture des écoles et des lieux de travail, ce qui a laissé les familles confinées chez elles, souvent dans des espaces exigus, et imposé aux parents des responsabilités à la maison bien plus lourdes que



ce qu'elles avaient auparavant, y compris au regard de l'éducation de leurs enfants. En avril 2020, des données recueillies par l'UNESCO (2020) ont montré que plus de 90 % des enfants dans le monde n'allaient pas à l'école. Les parents aux prises avec l'obligation de faire l'école à la maison recevaient souvent peu de soutien de la part du système d'éducation, pendant que plusieurs devaient faire ce qu'ils pouvaient pour travailler depuis la maison, et ce, dans un contexte d'incertitude et de stress accrus quant à l'éducation de leurs enfants, aux finances du ménage et à la santé familiale. Les parents se sont trouvés dans une situation impossible (Lyons, 2020; Mandel, 2020), les exigences inconciliables du travail et de la vie familiale entraînant des conflits de rôles qui peuvent contribuer à des problèmes de santé mentale et à des comportements de dépendance (p. ex., Abbey et al., 1993). On prévoit que les incidences de la pandémie sur la santé mentale des familles seront particulièrement fortes, notamment sur les femmes et les enfants (Brooks et al., 2020; Wenham et al., 2020).

Les conséquences de cette convergence de plusieurs facteurs sur le bien-être des familles sont exacerbées par les inégalités sociales préexistantes. Par exemple, les conséquences d'avoir des enfants à la maison pendant la pandémie et de devoir s'occuper de leur scolarisation sont amplifiées pour les femmes (Rodriguez et al., 2020), possiblement en raison du rôle qui leur est encore traditionnellement réservé de s'occuper des corvées familiales et des enfants. En ajoutant la tâche de s'occuper de l'école à la maison, la COVID-19 a accentué les inégalités qui existaient déjà entre les sexes au regard des tâches domestiques (GNUDD, 2020). De récents articles, dont celui de Minelle (2020), indiquent que l'augmentation de la charge de travail domestique imposée récemment par la pandémie a été en grande partie subie par les femmes, ce qui valide les prédictions faites par l'UNESCO (2020) et d'autres organismes. Une récente enquête de grande envergure menée aux États-Unis (Miller, 2020) a montré que les femmes effectuent la plus grande partie du travail lié à l'école à la maison. Des données semblables ont été recueillies au Canada (Elgendi et al., 2020). Par ailleurs, les niveaux plus élevés de détresse psychologique liés à la COVID-19 ont récemment été associés à une consommation plus forte d'alcool, particulièrement chez les femmes, ce qui constitue une autre preuve de l'existence de différences importantes entre les conséquences subies par les hommes et les femmes (Rodriguez et al., 2020).

La COVID-19 tend aussi à exacerber les inégalités éducatives qui existaient avant la pandémie (Andrew et al., 2020). Les parents plus scolarisés et ayant un revenu plus élevé se sont vu offrir plus de ressources que les autres par les écoles pendant les fermetures imposées par la COVID-19, même au sein du système d'éducation publique (Andrew et al., 2020). Une autre étude réalisée aux États-Unis a montré que les étudiants afro-américains, autochtones et latino-américains avaient moins accès à une connexion Internet, à des appareils électroniques et à des programmes d'apprentissage virtuel de qualité pendant la pandémie (Winter, 2020). Les fermetures d'écoles ont imposé un fardeau supplémentaire aux familles défavorisées, qui dépendent souvent de l'école pour d'autres services que l'éducation (p. ex., les programmes de repas) (Dooley et al., 2020).

Les enfants constituent un groupe vulnérable. Avec la fermeture des écoles, ceux-ci n'ont plus eu accès au premier lieu où ils pouvaient habituellement demander de l'aide pour des raisons de détresse psychologique : l'école (Sellers et al., 2019). Par conséquent, l'efficacité des parents à conserver une bonne santé mentale pourrait être encore plus importante pour la santé mentale des enfants pendant la pandémie. Et comme l'école à la maison a accentué les conflits familiaux (Elgendi et al., 2020), les enfants qui sont témoins de conflits parentaux liés à l'école à la maison

(p. ex., concernant le partage des tâches) sont susceptibles de subir des effets néfastes sur le plan de la santé mentale, si l'on en croit les données sur les incidences des conflits parentaux sur la détresse psychologique des enfants (Barletta et O'Mara, 2006). En outre, les conflits entre les parents et les enfants peuvent s'accroître dans un contexte d'école à la maison lorsque les enfants s'opposent à ce que les parents assument le rôle d'enseignants. Comme un enfant de 9 ans a mentionné lors de l'émission *Cross-Country Checkup* de la CBC, « C'est épouvantable d'avoir son parent comme enseignant, parce qu'il n'y a plus aucune différence entre l'école et la maison » (CBC Radio One, 2020).

Élever des enfants pendant une pandémie peut avoir des conséquences sur la santé mentale. De récentes données recueillies au Royaume-Uni ont montré que les adultes qui avaient des enfants à la maison pendant le confinement lié à la COVID-19 étaient beaucoup plus susceptibles de souffrir d'anxiété et de dépression que les adultes sans enfants (Shevlin et al., 2020). Une autre étude menée auprès de 754 adultes aux États-Unis a révélé qu'avoir des enfants à la maison pendant le confinement était associé à une consommation accrue d'alcool (Rodriguez et al., 2020). Cet effet est l'inverse de ce qui est observé pendant les périodes autres que les pandémies, où avoir des enfants constitue un facteur protecteur contre la consommation élevée d'alcool (Bowden et al., 2019).

L'école à la maison imposée par la pandémie est un contexte unique (Dalton et al., 2020; Holmes et al., 2020; Lee, 2020), concernant lequel peu de données probantes ont été recueillies. La plus grande partie de ce que nous savons sur les effets de l'école à la maison sur les parents et les enfants provient de recherches réalisées avant la pandémie sur l'école la maison *volontaire*. Lors des récentes fermetures d'écoles, une enquête a été menée auprès de 760 couples canadiens en juin 2020 (Elgendi et al., 2020); les participants ont été appelés à faire état rétrospectivement de ce qu'ils avaient vécu au cours du mois d'avril 2020, près du moment où les écoles ont été initialement fermées. Une fois l'âge des parents pris en compte, l'étude a révélé que les parents qui avaient fait l'école à la maison (n = 203 couples) se sentaient moins optimistes, éprouvaient une surcharge de rôle plus importante et avaient consommé davantage de cannabis pour composer avec la situation que ceux qui n'avaient pas d'enfants à la maison. De plus, un plus grand nombre d'heures consacrées à l'école à la maison était associé à un plus grand niveau d'anxiété, de dépression et de stress traumatique lié à la COVID-19 ainsi qu'à une utilisation plus fréquente du cannabis. Certaines différences ont aussi été observées entre les hommes et les femmes : les heures supplémentaires consacrées par les mères [par rapport aux pères] à faire l'école à la maison ont eu des effets plus importants sur la fréquence de la consommation d'alcool des *deux* parents. Ces données pilotes recueillies auprès de 203 couples s'occupant de l'éducation de leurs enfants illustrent les effets que l'école à la maison imposée par une pandémie peut avoir sur le bien-être psychologique des parents (Elgendi et al., 2020). Ces constatations constituent une source de préoccupation, puisqu'une augmentation de la détresse psychologique et de la consommation de substances chez les parents qui font l'école à la maison est susceptible de limiter leur capacité de faire face à la situation et de soutenir leurs familles en cette période difficile.

Malheureusement, peu de recherches ont été effectuées sur les incidences que l'école à la maison non souhaitée peut avoir sur la santé mentale des enfants. Toutefois, nous savons que la pandémie de la COVID-19 a, de façon plus générale, eu une incidence néfaste sur la santé mentale des enfants. Des données recueillies en Chine montrent que les taux de dépression et d'anxiété chez

les enfants se sont accrus pendant la première vague de la COVID-19 (Dalton *et al.*, 2020), peut-être au moins en partie en raison de leur exposition au stress accru subi par leurs parents.

L'année scolaire 2020-2021 s'amorçant et la pandémie toujours présente, les provinces et les territoires ont du mal à déterminer comment gérer la scolarisation des enfants, surtout compte tenu des vagues prévues de COVID-19 (Scher, 2020), vagues qui se sont déjà produites ailleurs dans le monde (Bensadoun, 2020; Gutierrez et Kirk, 2020; Euronews, 2020). Selon un récent rapport produit par la Kaiser Family Foundation (Michaud et Kates, 2020), la plupart des pays qui ont rouvert leurs écoles n'ont pas connu d'éclosion consécutive de la COVID-19, mais la plupart de ces pays présentaient de faibles taux de transmission communautaire. Certains pays, dont le Canada, ont connu des éclosions en milieu scolaire lors de la réouverture des écoles, ce qui a forcé les écoles à fermer une seconde fois (Michaud et Kates, 2020). Cela implique que les provinces et les territoires qui rouvriront leurs écoles doivent se préparer sérieusement en vue de la très réelle possibilité qu'ils devront les refermer de nouveau dans l'éventualité d'une nouvelle éclosion. En effet, alors que l'année scolaire 2020-2021 s'amorce, l'école à la maison est comprise dans la plupart des réponses planifiées aux vagues secondaires anticipées. Et pourtant, bien que cette option nous soit offerte, nous devons tout de même répondre à une question fondamentale : serait-il préférable de garder les écoles fermées pour limiter la propagation du virus aux dépens de la santé mentale des familles et de notre économie? Ou devrions-nous ouvrir les écoles en faisant de notre mieux pour nous assurer que les stratégies de santé publique seront suivies à l'école? Lorsque les écoles ouvriront, des efforts pour limiter la propagation du virus devront être faits. Les mesures devront inclure entre autres la distanciation physique dans les classes favorisée par une réduction de la taille des groupes, le port obligatoire de masques par les enfants, les enseignants et le personnel de soutien, une alternance entre des journées ou des demi-journées de présence à l'école et des journées ou des demi-journées d'apprentissage à la maison. Ces efforts pourraient diminuer la propagation du virus ainsi que le stress subi par les familles, dont plusieurs sont préoccupées par les mesures de santé publique qui seront prises lorsque les enfants retourneront à l'école (Kroshus *et al.*, 2020).

Alors que nous réfléchissons aux différentes options qui s'offrent à nous pour scolariser les enfants, nous espérons que le présent rapport jettera de la lumière sur les conséquences très réelles que l'école à la maison imposée aux parents peut avoir sur la santé mentale. Ces conséquences incluent entre autres choses des niveaux accrus de conflits de rôle liés aux exigences inconciliables de la vie au foyer et du travail, la consommation accrue de substances et le niveau plus élevé de dépression et d'anxiété. Plusieurs de ces impacts pourraient être durables, la consommation accrue de substance pouvant souvent se prolonger au-delà d'une période de pandémie. Nous devons comparer ces conséquences sur la santé mentale avec les avantages potentiels que peuvent avoir les fermetures d'écoles sur le plan de la santé physique. Fermer les écoles a un réel impact sur les familles et cet impact doit être pris en considération dans le débat public et dans l'élaboration de nos politiques. Retourner les enfants à l'école sera important pour le rétablissement économique du pays, y compris pour la sortie de la récession au féminin (« *she-cession* » dans le texte original), les femmes ayant été disproportionnellement touchées sur le plan économique par la COVID-19 (Queisser *et al.*, 2020).

Les principaux arguments contre le retour des enfants à l'école sont les préoccupations soulevées à l'égard de la santé des enfants et de la possibilité que les enfants puissent ramener le virus à la maison et infecter des membres de leur famille ou, inversement, infecter les enseignants et le personnel de soutien de leur école. L'examen récent réalisé par la Kaiser Family Foundation

(Michaud et Kates, 2020) a conclu que, bien que les enfants soient moins susceptibles de devenir gravement malades, ils peuvent transmettre le virus à d'autres. Cela indique que si les enfants retournent à l'école, des efforts extraordinaires seront requis pour s'assurer que les écoles suivent de près les recommandations des autorités de la santé publique (p. ex. en appliquant des mesures adéquates de distanciation physique, en exigeant le port du masque et en veillant au lavage fréquent des mains). Ces efforts seront extrêmement difficiles à mettre en œuvre, particulièrement dans le cas des plus jeunes enfants, qui ne comprennent peut-être pas le contexte de santé publique dans lequel nous nous trouvons, ainsi que des adolescents, qui se sont montrés particulièrement réticents à se plier aux recommandations de la santé publique (Moore et al., 2020). Certaines administrations ont envisagé d'améliorer la distanciation physique entre les enfants dans les écoles en instaurant des demi-journées ou des journées alternées d'école (Rocca et Dhanraj, 2020; CBC, 2020; The Canadian Press, 2020). De telles politiques obligerait encore aux familles à faire l'école à la maison, ce qui aurait des incidences inconnues sur le bien-être familial.

Offrir aux parents le choix d'envoyer ou non leurs enfants à l'école ne résout en rien la question. Selon une enquête réalisée en juin 2020 aux États-Unis (Kroshus et al., 2020), 31 % des parents ont indiqué qu'ils garderaient leurs enfants à la maison même si l'école en personne était offerte. Les parents plus susceptibles de vouloir garder leurs enfants à la maison étaient ceux qui avaient un revenu plus modeste, qui étaient en moyenne plus touchés par le chômage, dont le travail offrait plus de flexibilité, qui avaient des craintes particulièrement élevées par rapport à la COVID-19, qui considéraient que l'école à la maison ne présentait pas tant d'obstacles et qui avaient moins confiance dans l'éducation fournie à l'école (Kroshus et al., 2020). Toutefois, comme de nombreux parents n'ont pas le luxe d'occuper un emploi qui offre une bonne flexibilité ou de disposer de ressources permettant aux enfants de participer à un apprentissage virtuel (Dooley et al., 2020), l'école à la maison volontaire ne représente tout simplement pas une option pour eux. Les provinces et les territoires devront fournir des ressources éducatives et de santé mentale aux parents pour les soutenir dans l'éventualité d'une autre période où l'école à la maison deviendrait nécessaire.

Une autre complication s'ajoute à ce contexte : les protocoles mis en place dans les écoles dans le contexte actuel sont souvent peu adaptés aux enfants qui présentent des troubles du développement neurologique et constitueront donc souvent un obstacle à leur retour à l'école. Ces enfants seront donc plus susceptibles de prendre du retard dans leur apprentissage et leurs parents courront un plus grand risque de subir un stress associé à la responsabilité de veiller à la scolarisation à la maison de leur enfant.

**Recommandation 15 :** Les autorités des provinces et des territoires devraient essayer de garder les enfants à l'école et soupeser les inconvénients et les avantages d'une fermeture des écoles dans l'éventualité d'une autre vague de la COVID-19.

**Recommandation 16 :** Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient financer adéquatement les efforts visant à limiter la transmission du virus dans les écoles pour réduire la possibilité que les enfants deviennent malades et/ou qu'ils transmettent le virus à leurs enseignants, au personnel de soutien de leurs écoles ou aux membres de leurs familles.

**Recommandation 17 :** Si les écoles devaient être de nouveau fermées en raison d'une seconde ou de plusieurs autres vagues, il faudra mieux soutenir les parents dans l'éducation de leurs enfants à la maison. Cela comprend le fait de soutenir les besoins accrus des parents en santé mentale occasionnés par la responsabilité d'assumer l'école à la maison.

**Recommandation 18 :** Dans l'éventualité d'une nouvelle fermeture des écoles, les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient mettre en place des mesures de soutien en santé mentale et de lutte contre la consommation excessive de substances pour stabiliser le bien-être des familles à l'aide des moyens utilisés pour dispenser le programme scolaire aux familles.

## **Responsabilités parentales et conséquences involontaires des restrictions universelles de lutte contre la COVID-19 pour les populations vulnérables**

L'impact des conséquences involontaires de la réponse à la pandémie de la COVID-19 pour les populations vulnérables et leurs familles, en particulier des politiques de distanciation sociale et physique, demeure inconnu. On pourrait citer comme exemple la vulnérabilité des populations néonatales et de leurs familles et les effets potentiellement néfastes d'une application uniforme des mesures d'intervention. L'impact sur les personnes vivant dans les établissements de soins de longue durée a été traité dans *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée au Canada* et ne sera donc pas abordé ici.

Près de 400 000 bébés viennent au monde au Canada chaque année (Gouvernement du Canada, 2020). Approximativement 80 % de ces enfants naissent avant terme (à moins de 37 semaines d'âge gestationnel), la majorité nécessitant des soins néonataux intensifs. En tout, 10 % des bébés doivent être traités dans des unités de soins intensifs, ce qui signifie que 30 000 à 40 000 bébés canadiens nécessitent des soins hospitaliers chaque année (Gouvernement du Canada, 2020). Les bébés nés longtemps avant terme sont les plus vulnérables, mais même ceux qui naissent une ou deux semaines trop tôt courent le risque de subir des effets négatifs immédiats et à long terme, dont un retard du développement et des problèmes sociaux, affectifs et comportementaux (Moster, et al., 2008; Woythaler et al., 2019). En conséquence, la prématurité est la principale cause d'invalidité et de mortalité infantile et occasionne des coûts de plus de 8 milliards de dollars annuellement au système de santé canadien, le temps d'hospitalisation pouvant dépasser les 100 jours pour les nourrissons les plus malades et les plus petits (Lee et al., 2020).

Au-delà de l'état de santé et du développement des nourrissons prématurés, les données démontrent fortement que les parents de ces enfants présentent des niveaux plus élevés de stress immédiat, d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique et qu'ils ont davantage de difficulté à assumer leur rôle parental que les parents de nouveau-nés en santé (Schechter, et al., 2020; Roque, et al., 2017). Pour améliorer le sort des nourrissons vulnérables et de leurs familles, et pour alléger le fardeau porté par le système de santé, une présence assidue des parents et l'éducation de ces derniers, en combinaison avec des interventions familiales intégrées, se sont révélés être des composantes bénéfiques du panier des soins offerts dans les USI néonataux (O'Brien et al., 2018a; O'Brien et al., 2018b; Cheng et al., 2019; Tandberg et al., 2019; Franck et al., 2019).

Bien qu'étant une source de préoccupation pour les nouveau-nés, la COVID-19 semble être pour eux une affection bénigne, qui est généralement asymptomatique. Jusqu'à maintenant, les données indiquent une absence de transmission verticale du coronavirus pendant la grossesse (Qiu et al., 2020; Choi et al., 2020). Par contraste avec les adultes, les nourrissons et les enfants de moins de 10 ans ne représentent cependant qu'un pour cent des cas de COVID-19 (Wu et al., 2020). À Wuhan, seulement trois cas de COVID-19 chez des nouveau-nés ont été signalés et ces trois cas n'ont présenté aucun symptôme ou des symptômes légers (Choi et al., 2020). Ces cas plus légers laissent penser qu'il pourrait y avoir un mécanisme qui détermine comment

le système immunitaire interagit avec le virus dans le système respiratoire des enfants, ce qui indique potentiellement l'intervention d'une réaction adaptative au virus de l'hôte dans les cas plus graves de la maladie.

Malgré ce moindre risque apparent, une restriction des contacts parentaux et des mesures strictes de prévention et de contrôle des infections ont été instaurées dans les unités néonatales au Canada et dans le monde pour limiter la propagation de la COVID-19. On ne sait pas encore si de telles approches sont efficaces ou si elles peuvent avoir des effets secondaires indésirables. En particulier, le développement et la maturation du microbiome intestinal des nouveau-nés sont largement influencés par les échanges microbiens qui s'effectuent entre la mère et le nouveau-né et jouent un rôle déterminant dans la santé immunitaire et métabolique des nourrissons (Prince *et al.*, 2014; Mueller *et al.*). La restriction des contacts avec la mère et l'exposition du bébé à d'autres sources bactériennes sont susceptibles d'augmenter le risque que le bébé soit colonisé par des organismes pathogènes. Certaines données indiquent qu'en plus des nombreux autres avantages vitaux que procure le lait maternel, celui-ci pourrait protéger les nouveau-nés contre la COVID-19. Pourtant, l'instauration de mesures universelles de distanciation sociale limitant la présence des parents a été associée à une diminution de la pratique de l'allaitement (Dong *et al.*, 2020).

Les risques de problèmes de santé mentale chez les parents de nouveau-nés malades ont été amplifiés par les mesures universelles de distanciation sociale, dont les auteurs n'ont pas pris en considération les conséquences qu'elles pourraient avoir pour cette population vulnérable (Mahoney, 2020). Aucun parent ne souhaite être séparé de son nouveau-né. Cela est particulièrement vrai pour les parents de nourrissons prématurés ou malades hospitalisés dans une USI néonatale, qui ont déjà un risque plus élevé de développer des problèmes de santé mentale. Pourtant, en raison des restrictions imposées en réponse à la pandémie mondiale de la COVID-19, c'est la réalité pour de nombreuses mères et pour presque tous les pères de nos patients les plus petits et les plus vulnérables. Les changements apportés aux normes de soins dans la plupart des USI néonatales au Canada ne permettent pas aux deux parents de demeurer auprès de leur bébé pendant toute la durée de l'hospitalisation s'ils sont admis. Les partenaires ne sont pas autorisés à retourner à l'hôpital après avoir assisté à la naissance. Les mères qui doivent quitter l'hôpital pour s'occuper d'autres enfants ou de proches à la maison ne peuvent retourner à l'USI. Conséquemment, jusqu'à la moitié des nourrissons qui reçoivent des soins ne peuvent bénéficier de la présence d'un parent à cause des restrictions liées à la COVID-19. Si un des parents est autorisé à demeurer dans l'USI avec son nourrisson, il n'a plus accès à son réseau de soutien social, ne bénéficie presque plus de la présence de son ou de sa partenaire et le soutien en personne, les services d'éducation et les directives de congé ne sont plus offerts comme avant.

Des restrictions et des modifications environnementales, basées sur les politiques universelles de distanciation sociale de la santé publique ont été mises en place pour empêcher les bébés, les familles et le personnel de contracter la COVID-19. Ces mesures pourraient exacerber les problèmes de santé mentale des parents déjà à risque, avoir des incidences néfastes futures sur le développement et le bien-être affectif des nourrissons et pourraient la dysbiose et un développement anormal du système immunitaire chez les bébés soignés en USI. Pour prévenir ou limiter la propagation de la COVID-19, la majorité des USI néonatales ont limité ou éliminé la présence des parents et leurs contacts avec leurs nourrissons, ce qui fait que ces bébés sont sans contacts avec leurs parents pendant leur hospitalisation. La tension entre la protection des nourrissons et des soignants contre les infections graves et la nécessité de maximiser le

développement des nouveau-nés et de réduire les risques de troubles de santé mentale pour les parents nous force à envisager un éventail d'options de restriction des interactions plutôt qu'une seule approche universelle. Bien que la maladie à COVID-19 chez les nouveau-nés semble relativement rare, l'évaluation des risques et des avantages liés à une restriction de l'accès aux USI néonataux n'a pas encore donné de résultats concluants.

**Recommandation 19 :** Les provinces devraient tenter de garder réunies les familles de nouveau-nés vulnérables et de soupeser les avantages et les inconvénients qu'il y a de limiter les contacts familiaux pendant l'hospitalisation en USI des nourrissons dans le cas d'une autre vague de la COVID-19.

**Recommandation 20 :** Les gouvernements provinciaux et fédéral devraient financer adéquatement les efforts visant à déterminer les incidences que peut avoir la restriction des contacts familiaux sur le bien-être mental et l'état de santé de la famille et des nourrissons.

**Recommandation 21 :** Dans l'éventualité où les restrictions des contacts familiaux dans les centres hospitaliers seraient de nouveau imposées, les gouvernements provinciaux devraient prévoir des mesures de soutien de la santé mentale pour stabiliser le bien-être des familles en utilisant des mécanismes de prestation virtuelle des soins semblables aux mécanismes utilisés par les écoles pour dispenser le programme scolaire aux familles.

## Résumé

La pandémie de la COVID-19 a eu des effets néfastes sur la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes, mais son impact a été variable, touchant plus durement les personnes qui faisaient déjà face à des inégalités structurelles avant la pandémie. Les personnes en situation de pauvreté et les membres de certains groupes socialement stratifiés qui sont particulièrement défavorisés sur le plan économique et social, tels que certains groupes racialisés et les autochtones ainsi que les personnes ayant des antécédents de troubles de santé mentale, sont celles qui ont le plus souffert de la pandémie. Certains groupes de professionnels ont été exposés plus que d'autres au virus et au stress psychologique imposé par la pandémie. Le système de soins de santé mentale était déjà surchargé et en manque de ressources avant la situation actuelle. La pandémie a exacerbé ces problèmes. Le système de soins a répondu par une transition massive vers les soins virtuels. Le Canada a maintenant comme défi de renforcer sa base de connaissances sur la santé mentale, de tirer des leçons de la pandémie et de fournir à tous les Canadiens l'aide dont ils ont besoin pour participer et contribuer pleinement à la relance du Canada après la pandémie.

## Références

- Abacus/Canadian Medical Association. What Canadians Think About Virtual Health Care. Abacus Data. <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/cma-virtual-care-publicpoll-june-2020-e.pdf>. Published 2020. Accessed July 15, 2020.
- Abbey, A., Smith, M. J., & Scott, R. O. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: An international approach. *Addictive Behaviors*, 18, 659-670.
- Adaji A, Fortney J. Telepsychiatry in Integrated Care Settings. *Focus (Madison)*. 2017;15(3):257-263. doi:10.1176/appi.focus.20170007
- Andrew A., Cattan, S., Dias, M. C., Farquharson, C., Kraftman, L., Krutikova, S., Phimister, A., & Sevilla, A. (2020, May 18). Learning during the lockdown: Real-time data on children's experiences during home learning. UK: Institute for Fiscal Studies. <https://bit.ly/2CbSfDV>
- Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/S2215-0366(18)30057-9.
- Asmundson, G. & Afifi, T. (2019) Adverse childhood experiences: Using evidence to advance research, policy, practice and prevention. New York, Elsevier
- Asmundson, G. J. G., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 102271.
- Baptist-Mohseni, N., Stewart, S. H., Wardell, J., DeGrace, S., & Keough, M. (2020). Personality as a predictor of adults' poor adherence to public health measures for controlling COVID-19 viral spread: Mediating role of problem drinking. Paper to be presented at Dalhousie University Psychiatry Research Day, Halifax, NS, October.
- Barletta, J. & O'Mara, B. (2006). A review of the impact of marital conflict on child adjustment. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16, 91-105.
- Bensadoun, E. (2020, June 27). South Korea has entered 2nd wave. *Global News*. <https://bit.ly/3gzebl4>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2011). The impact of stressors on second generation Indian residential school survivors. *Transcultural Psychiatry*, 48(4), 367-391. doi:10.1177/1363461511410240
- Bowden, J. A., Delfabbro, P., Room, R., Miller, C., & Wilson, C. (2019). Parental drinking in Australia: Does the age of children in the home matter? *Drug and Alcohol Review*, 38, 306-315.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Bruneau, J., Rehm, J., Wild, T.C., Wood, E., Sako, A., Swansburg, J., & Lam, A. (May 15, 2020). *Telemedicine Support for Addiction Services: National Rapid Guidance Document*. Montreal, Quebec: Canadian Research Initiative in Substance Misuse (CRISM). 47 p. Version 1. <https://crism.ca/wp-content/uploads/2020/05/CRISM-National-Rapid-Guidance-Telemedicine-V1.pdf>
- CAMH. COVID-19 national surveys on mental health. Accessed at <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-health-and-covid-19/covid-19-national-survey> July 11, 2020.
- Canada. Canadian Institutes of Health Research. Funding Analytics. *CIHR Investments Related to INMHA Validated Applications* By: Jonathan Dench, 2020. Analysis requested by Dr. Patrick McGrath through personal communications with Arian Mota.
- Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA) accessed at <https://www.clhia.ca> August 24, 2020
- Canadian Medical Association. VIRTUAL CARE.; 2019. [https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/Virtual\\_Care\\_discussionpaper\\_v2EN.pdf](https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/Virtual_Care_discussionpaper_v2EN.pdf). Accessed July 3, 2020.
- Canadian Press (2020, June 03). Mix of online, in-class learning could continue in September: B.C. education minister. CBC. <https://bit.ly/3gyQ3W6>
- Carbone SR. Flattening the curve of mental ill-health: the importance of primary prevention in managing the mental health impacts of COVID-19. *Ment Heal Prev*. 2020;19:200185. doi:10.1016/j.mhp.2020.200185
- Carling, A. & Mankani, I (2020) Systemic inequities increase Covid-19 risk for Indigenous people in Canada, *Human Rights Watch*, Accessed at <https://www.hrw.org/news/2020/06/09/systemic-inequities-increase-covid-19-risk-indigenouspeople-canada> July 13, 2020.
- CBC (2020, June 10). Alberta return to 'near-normal' classes 2020-21. <https://bit.ly/2Z3kHkk>
- CBC Radio One (2020, May). Cross Country Checkup. Halifax, NS.



- Cheng C, Franck LS, Ye XY, Hutchinson SA, Lee SK, O'Brien K. Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *J Reprod Infant Psychol.* 2019 Sep 10:1-14. doi: 0.1080/02646838.2019.1659940.
- Children's Mental Health Ontario (2020) Accessed at <https://cmho.org/> July 12, 2020.
- Choi S-H, Kim HW, Kang J-M, Kim DH, Cho EY. Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. *Clin Exp Pediatr.* 2020;64(4):125-132. doi: 10.3345/cep.2020.00535
- Conference Board of Canada/ Mental Health Commission of Canada (2020). Survey on the Impact of COVID-19 on mental health. Accessed at <https://www.conferenceboard.ca/focusareas/health/how-has-covid-19-impacted-canadians-mental-health> July 11, 2020.
- Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(12):2510-2523. doi:10.1016/j.mayocp.2019.04.018
- Crawford A, Serhal E. Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health. *J Med Internet Res.* 2020;22(6):e19361. doi:10.2196/19361
- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet: Child and Adolescent Health, 4*, 346-347.
- DeGrace, S., Keough, M., Wardell, J., Baptist-Mohseni, N., & Stewart, S. H. (2020). Sex differences in COVID-19 responses: What is the role of personality? Paper to be presented at Dalhousie University Psychiatry Research Day, Halifax, NS, October.
- DEPRESSD Project (2020). Living Systematic Review of Mental Health in COVID-19. Accessed at <https://www.depressd.ca/covid-19-mental-health> July 12, 2020.
- Dong , Y. Chi , X., Hai H., Sun, L., Zhang M., Xie WF., Chen. W. (2020). Antibodies in the breast milk of a maternal woman with COVID-19. *Emerg Microbes Infection.* 9(1):1467-1469. doi: 10.1080/22221751.2020.1780952.
- Dooley, D. G., Simpson, J. N., & Beers, N. S. (2020). Returning to school in the era of COVID-19 (Editorial). *JAMA Pediatrics.* Published online August 14, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3874
- Elgendi, M., Deacon, S. H., Rodriguez, L., King, F., Sherry, S. B., Meier, S., Abbass, A., Nogueira-Arjona, R., & Stewart, S. H. (2020). *A perfect storm: The effects of mandatory homeschooling on parents' mental health and substance use during pandemic lockdown.* Paper to be presented at Dalhousie University Psychiatry Research Day, Halifax, NS, October 30.
- Euronews (August 27, 2020). Coronavirus second wave? Which countries in Europe are experiencing a resurgence of cases? <https://www.euronews.com/2020/08/27/is-europe-having-acovid-19-second-wave-country-by-country-breakdown>
- Falk, D., Yi, H., & Hiller-Sturmhofel, S. (2006). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use disorders. *Alcohol Research & Health, 29*, 162-171
- Findlay LC, Arim R, Kohen D. Understanding the Perceived Mental Health of Canadians During the COVID-19 Pandemic. *Health reports.* 2020;31(4):22-27. doi:10.25318/82-003-x202000400003-eng
- Fisk M, Livingstone A, Pit SW. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *J Med Internet Res.* 2020;22(6):e19264. doi:10.2196/19264
- Fortney JC, Pyne JM, Mouden SB, et al. Practice-based versus telemedicine-based collaborative care for depression in rural federally qualified health centers: A pragmatic randomized comparative effectiveness trial. *Am J Psychiatry.* 2013;170(4):414-425. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12050696
- Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Res.* 2019 Sep 1;111(15):1044-1059. doi: 10.1002/bdr2.1521
- Furber G, Segal L, Leach M, et al. Preventing mental illness: Closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1). doi:10.1186/s12913-015-0954-5
- Gilles I, Bangerter A, Clémence A, Green EGT, Krings F, Staerklé C, et al. Trust in medical protection measures in the Swiss public. *European Journal of Epidemiology.* 2011;26:203-10.
- Government of Canada SC. Live births, by month [Internet]. 2018 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310041501>. Last accessed May 12 2020.
- Government of Canada, Building a Strong Middle Class, Budget 2017, accessed at <https://www.budget.gc.ca/2017/home-accueil-en.html>, July 11, 2020
- Gutiérrez P & Kirk A (2020, June 25). 10 countries risking 2nd wave. *The Guardian.* <https://bit.ly/2ZKblnf>
- Hautala, D., Sittner, K., & Walls, M. (2018). Onset, comorbidity, and predictors of nicotine, alcohol, and marijuana use disorders among North American Indigenous adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(6), 1025-1038. doi:10.1007/s10802-018-0500-0

- Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemed e-Health*. 2013;19(6):444-454. doi:10.1089/tmj.2013.0075
- Hilty DM, Rabinowitz T, McCarron RM, et al. An Update on Telepsychiatry and How It Can Leverage Collaborative, Stepped, and Integrated Services to Primary Care. *Psychosomatics*. 2018;59(3):227-250. doi:10.1016/j.psych.2017.12.005
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., ... Bullmore, E. (2020). Research priorities for the COVID-19 pandemic: A call to action for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 7, 547-560.
- Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry*. 2016;6(2):269. doi:10.5498/wjp.v6.i2.269
- Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001. doi:10.17226/10027
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kidd, S. A., Gaetz, S., & O'Grady, B. (2017). The 2015 national Canadian homeless youth survey: Mental health and addiction findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 493-500. doi:10.1177/0706743717702076
- Knapp M, Mcdaid D, Parsonage M. *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case.*; 2011.
- Koushik NS. A Population Mental Health Perspective on the Impact of COVID-19. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12(5):529. doi:10.1037/tra0000737
- Kroshus, E., Hawrilenko, M., Tandon, P., & Chistakis, D. A. (2020). Plans of US parents regarding school attendance for their children in the fall of 2020: A national survey. *JAMA Pediatrics*. Published online August 14, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3864
- Kumar, M. B., & Tjepkema, M. (2019). Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). Statistics Canada Catalogue no. 99-011-X. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm>
- Lambert MJ. (2013). Outcomes in Psychotherapy: The Past and Important Advances, *Psychotherapy*, 50, 42-51.
- Langarizadeh M, Tabatabaei MS, Tavakol K, Naghipour M, Rostami A, Moghbeli F. Telemental health care, an effective alternative to conventional mental care: A systematic review. *Acta Inform Medica*. 2017;25(4):240-246. doi:10.5455/aim.2017.25.240-246.
- Lavoie, K. (2020). iCARE International COVID-19 Survey: Initial findings and recommendations. In symposium entitled "Behavioral responses to global pandemics: Lessons (being) learned from COVID-19" (Chair: McCleary, N.). International Behavioral Trials Network Global 2020 virtual conference, May 28, 2020.
- Lee SK, Beltempo M, McMillan DD, Seshia M, Singhal N, Dow K, Aziz K, Piedboeuf B, Shah PS. Outcomes and care practices for preterm infants born at less than 33 weeks' gestation: a quality improvement study. *CMAJ*. 2020 Jan 27;192(4):E81-E91. doi: 10.1503/cmaj.190940.
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet: Child and Adolescent Health*, 4, 421.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. doi:10.1186/1475-9276-12-18.
- Litton, S. (2020, March 27). Men lag behind women in following social distancing measures, according to survey of Michigan residents by Altarum. Retrieved on July 2, 2020 from [alterum.org/COVID/results](https://alterum.org/COVID/results)
- Lyons, K. (2020, March 20). 'It's impossible'. *The Guardian*. <https://bit.ly/2VPz3F>
- Mahoney, A.D., White, R.D., Velasquez, A., Barrett, T.S., Clark, R.H. Ahmad, K.D. (2019). Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *Journal of Perinatology*, 40:36-46.
- Mandel, B. (2020, April 20). Distance learning isn't working. *The Atlantic*. <https://bit.ly/3gyPYBM>
- McGrath PJ, Lingley-Pottie P, Thurston C, et al. Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: randomized trials and overall analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(11):1162-1172. doi:10.1016/j.jaac.2011.07.013.
- McIntyre RS, Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;290:113104. doi:10.1016/j.psychres.2020.113104
- Mental Health Commission of Canada (2017) Strengthening the case for investing in Canada's mental health system: economic considerations. Accessed at [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case\\_for\\_investment\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case_for_investment_eng.pdf) July 12, 2020.

- Mental Health Commission of Canada. E-Mental Health in Canada: Transforming the Mental Health System Using Technology. Ottawa, Ontario; 2014. <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
- Mental Health Commission of Canada. Newfoundland and Labrador Stepped Care 2.0 e-Mental Health Demonstration Project.; 2019. [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-09/emental\\_health\\_report\\_eng\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-09/emental_health_report_eng_0.pdf).
- Michaud, J. & Kates, J. (July 29, 2020). What do we know about children and coronavirus transmission? San Francisco, CA: Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/coronaviruscovid-19/issue-brief/what-do-we-know-about-children-and-coronavirus-transmission/>
- Miller, C. C. (2020, May 8). Nearly half of men say they do most of the home schooling. 3 percent of women agree. The New York Times. <https://nyti.ms/2AAHryG>
- Miller, K., Beauvais, F., Burnside, M., & Jumper-Thurman, P. (2008). A comparison of American Indian and non-Indian fourth to sixth graders rates of drug use. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7, 258–267. doi: 10.1080/15332640802313239
- Minello A (2020, April 27). The pandemic and the female academic. *Nature*. <https://go.nature.com/3e62FIC>
- Moore, R. C., Lee, A., Hancock, J. T., Halley, M., & Linos, E. (2020). Experience with social distancing early in the COVID-19 pandemic in the United States: Implications for public health messaging. medRxiv.
- Moreno C, Wykes T, Galderisi S, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;0(0). doi:10.1016/S2215-0366(20)30307-2
- Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med*. 2008 Jul 17;359(3):262–73.
- Mueller NT, Bakacs E, Combellick J, Grigoryan Z, Dominguez-Bello MG. The infant microbiome development: Mom matters. *Trends Mol Med*. 2015; 21(2):109-17. doi: 10.1016/j.molmed.2014.12.002.
- Muñoz RF, Mrazek PJ, Haggerty RJ. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *Am Psychol*. 1996;51(11):1116-1122. doi:10.1037/0003-066X.51.11.1116
- Nanos/Canadian Centre on Substance Use and Addiction (2020) Boredom and Stress Drives Increased Alcohol Consumption during COVID-19: NANOS Poll Summary Report. Accessed on July 13, 2020 at <https://www.ccsa.ca/boredom-and-stress-drives-increased-alcoholconsumption-during-covid-19-nanos-poll-summary-report>
- O'Brien K, Lui K, Tarnow-Mordi W, Lee SK. Breastfeeding data in the Family Integrated Care trial. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Apr;2(4):e5. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30072-5.
- O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, da Silva O, Monterrosa L, Narvey M, Ng E, Soraisham A, Ye XY, Mirea L, Tarnow-Mordi W, Lee SK; FICare Study Group and FICare Parent Advisory Board. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster randomized controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Apr;2(4):245-254. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30039-7.
- Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Heal Surveill*. 2020;6(2):e18810. doi:10.2196/18810
- Pfattheicher S, Strauch C, Diefenbacher S, Schnuerch R. A field study on watching eyes and hand hygiene compliance in a public restroom. *Journal of Applied Social Psychology*. 2018;48:188-94.
- Prince AL, Antony KM, Ma J, Aagaard KM. The microbiome and development: a mother's perspective. *Semin Reprod Med*. 2014;32(1):14-22 doi: 10.1055/s-0033-1361818. Public Health Agency of Canada (2018). Key Health Inequalities in Canada. Accessed at [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/scienceresearch/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executivesummary/key\\_health\\_inequalities\\_full\\_report-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/scienceresearch/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executivesummary/key_health_inequalities_full_report-eng.pdf) July 11, 2020
- Qiu H, Wu J, Liang H, Yunling L, Song Q, Chen D. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2020 March 25; doi:10.1016/S1473-3099(20)30198-5.
- Queisser, M., Adema, W., & Clarke, C. (2020, April 22). COVID-19, employment and women in OECD countries. <https://bit.ly/2O32OvD>
- Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):604-616. doi:10.1177/0706743717720448
- Roberts G, Grimes K. Return on Investment Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention.; 2011. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/roi\\_mental\\_health\\_report\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/roi_mental_health_report_en.pdf). Accessed July 15, 2020.
- Rocca, R., & Dhanraj, T. (2020, June 19). Reopening plans for Ontario. *Global News*. <https://bit.ly/2O1ijEv>

- Rodriguez, L., Litt, D., & Stewart, S. H. (2020). Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addictive Behaviors, 110*, 106532. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106532.
- Roque ATF, Lasiuk GC, Radünz V, Hegadoren K. Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017 Jul - Aug;46(4):576-587. doi: 10.1016/j.jogn.2017.02.005. Epub 2017 May 12.
- Schechter R, Pham T, Hua A, Spinazzola R, Sonnenklar J, Li D, Papaioannou H, Milanaik R. Clin Pediatr (Phila). Prevalence and Longevity of PTSD Symptoms Among Parents of NICU Infants Analyzed Across Gestational Age Categories. 2020 Feb;59(2):163-169. doi: 10.1177/0009922819892046.
- Scher, I. (2020, June 16). Beijing closes schools for 2nd wave. *Business Insider*. <https://bit.ly/31LJr2q>
- Sellers, R., Warne, N., Pickles, A., Maughan, B., Thapar, A., & Collishaw, S. (2019). Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. *Child Psychology and Psychiatry, 60*, 813-821.
- Serhal E, Crawford A, Cheng J, Kurdyak P. Implementation and Utilisation of Telepsychiatry in Ontario: A Population-Based Study. *Can J Psychiatry.* 2017;62(10):716-725. doi:10.1177/0706743717711171
- Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, Griffin B, Wong I, Bhatia RS. Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare.* 2018;24(9):608-615. doi:10.1177/1357633X17730444
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levital, L., ... Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress, and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *PsycArWiv Preprints*. <https://bit.ly/31MNoUB>
- Smetanin P, Stiff D, Briante C, Adair CE, Ahmad S, Khan M. The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011-2041. Prepared for the Mental Health Commission of Canada.; 2011. [https://www.google.com/search?rlz=1C5CHFA\\_enCA828CA828&q=Smetanin+et+al.+2011.+The+life+and+economic+impact+of+major+mental+illnesses+in+Canada:+2011-2041.+Prepared+for+the+Mental+Health+Commission+of+Canada.+Toronto:+Risk+Analytics.&spell=1&sa=X&ved=2a](https://www.google.com/search?rlz=1C5CHFA_enCA828CA828&q=Smetanin+et+al.+2011.+The+life+and+economic+impact+of+major+mental+illnesses+in+Canada:+2011-2041.+Prepared+for+the+Mental+Health+Commission+of+Canada.+Toronto:+Risk+Analytics.&spell=1&sa=X&ved=2a). Accessed June 26, 2020.
- Sockalingam S, Arena A, Serhal E, Mohri L, Alloo J, Crawford A. Building Provincial Mental Health Capacity in Primary Care: An Evaluation of a Project ECHO Mental Health Program. *Acad Psychiatry.* 2018;42(4):451-457. doi:10.1007/s40596-017-0735-z
- Statistics Canada (2012) Mental health-related disabilities among Canadians aged 15 years and older, 2012 retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2014002-eng.htm> on July 18, 2020
- Statistics Canada (2019) Mental health care needs, (2018) retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00011-eng.htm#:~:text=8%25%29%20Canadians%20needed%20mental%20health%20care%20in%202018%2C,therapy%20were%20the%20most%20likely%20to%20be%20unmet.> July 18, 2020
- SteelFisher GK, Blendon RJ, Ward JR, Rapoport R, Kahn EB, Kohl KS. Public response to the 2009 influenza A H1N1 pandemic: a polling study in five countries. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(11):845-850. doi:10.1016/S1473-3099(12)70206-2
- Tandberg BS, Flacking R, Markestad T, Grundt H, Moen A. Parent psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit. *PLoS One.* 2019 Nov 5;14(11):e0224488. doi: 10.1371/journal.pone.0224488
- Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *J Anxiety Disord.* 2020;72:102232. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102232
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Taylor, S., Landry, C. A., Rachor, G. S., Paluszek, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2020d). Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Taylor, S., Landry, C., Paluszek, M., & Asmundson, G. J. G. (2020a). Reactions to COVID-19: Differential predictors of distress, avoidance, and disregard for social distancing. *Journal of Affective Disorders, 277*, 94-98.
- Taylor, S., Landry, C., Paluszek, M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020b). COVID Stress Syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety, 37*, 706-714.
- Toronto (2020) Status of Cases in Toronto. Accessed at (<https://www.toronto.ca/home/covid-19/covid-19-latest-city-of-toronto-news/covid-19-status-of-cases-in-toronto/>). August 23, 2020.
- Torous J, Jän Myrick K, Raueo-Ricupero N, Firth J. Digital Mental Health and COVID-19: Using Technology Today to Accelerate the Curve on Access and Quality Tomorrow. *JMIR Ment Heal.* 2020;7(3):e18848. doi:10.2196/18848
- Tsai, J., & Wilson, M. (2020). COVID-19: A potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health, 5*(4), e186–e187.

- UNESCO (2020.). COVID-19 educational disruption and response. <https://bit.ly/38BQJXN>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (May 12, 2020). *Research brief: COVID-19 and the drug supply chain: From production and trafficking to use* [Internet]. Available from: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/COVID-19-and-drug-supplychain-Mai2020.pdf>
- UNSDG (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on women. NYC, NY. <https://bit.ly/2D5YOIz>
- van Zoonen K, Buntrock C, Daniel Ebert D, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014;43:318-329. doi:10.1093/ije/dyt175
- Vigo DV, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health*. doi:10.1016/S2468-2667(18)30203-2
- Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM. A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry*. 2005;50(4):226-233. doi:10.1177/070674370505000406
- Wenham, C., Smith, J., Morgan, R., & the Gender and COVID-19 Working Group (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *Lancet*, 395, 846-848.
- WHO Prevention and Promotion in Mental Health: Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options Summary Report. Geneva; 2004.
- WHO Writing Group. Nonpharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*. 2006;12:88-94.
- Wiljer D, Strudwick G, Crawford A. Caring in a Digital Age: Exploring the Interface of Humans and Machines in the Provision of Compassionate Healthcare. In *Without Compassion There Is No Healthcare*. (Hodges B, Bennet J, Paeche G, eds.). McGill University Press; 2020.
- Winter, A. (2020). Experts to Congress: Health pandemic will worsen racial disparities in public education. NC Policy Watch. Published June 24, 2020. <http://www.ncpolicywatch.com/2020/06/24/experts-to-congress-health-pandemic-will-worsen-racial-disparities-in-public-education/>
- Wood, L. J., Davies, A. P., & Khan, Z. (2020). COVID-19 precautions: Easier said than done when patients are homeless. *Medical Journal of Australia*, 212(8), 384.
- Woythaler M. Neurodevelopmental outcomes of the late preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019 Feb;24(1):54-59. doi: 10.1016/j.siny.2018.10.002.
- Wozney L, McGrath P, Newton A, et al. RE-AIMing e-Mental Health: A Rapid Review of Current Research Report to the Mental Health Commission of Canada.; 2017. <https://www.mentalhealthcommission.ca>. Accessed July 5, 2020.
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019(COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24; doi: 10.1001/jama.2020.2648



RSC SRC

**The Royal Society of Canada**

282 Somerset Street West  
Ottawa, Ontario K2P 0J6

[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990

**La Société royale du Canada**

282, rue Somerset ouest  
Ottawa (Ontario) K2P 0J6

[www.rsc-src.ca](http://www.rsc-src.ca)  
613-991-6990